

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O PERFIL DE AUTOCUIDADO COMO FACTOR
POTENCIALMENTE CONDICIONADOR DAS TRANSIÇÕES DOS
CLIENTES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

DISSERTAÇÃO

Lídia Filomena Soares Vieira Rodrigues

Porto | 2011

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O PERFIL DE AUTOCUIDADO COMO FACTOR
POTENCIALMENTE CONDICIONADOR DAS TRANSIÇÕES DOS
CLIENTES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada pelo Professor Doutor Filipe Miguel
Soares Pereira e co-orientada pela Mestre Maria Alice Correia Brito

Lídia Filomena Soares Vieira Rodrigues

Porto|2011

Agradecimentos

Dirijo os meus maiores agradecimentos, na realização desta tese de mestrado ao meu orientador, Professor Doutor Filipe Pereira pela partilha de conhecimentos e extrema disponibilidade ao longo desta caminhada.

À Professora Alice Brito, pela disponibilidade e pertinência nas suas observações.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, por ter permitido a realização deste trabalho de investigação.

Aos clientes, pela sua colaboração, sem a qual o estudo não seria possível.

Aos enfermeiros da Unidade Funcional 1 de Medicina Interna, do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, pelo apoio e entusiasmo na concretização do estudo.

À Liliana, ao Filipe, à Natália, à Sara, à Manuela, pela amizade e incentivo incondicional.

À Mara, ao Sérgio, ao Jorge, por toda a ajuda dispensada sempre de forma tão disponível.

Aos meus amigos e à minha família, pelo carinho e compreensão das minhas ausências.

Ao Rodrigues, por estar sempre ao meu lado, apoiando-me nos momentos de desânimo.

Pela sua dedicação, compreensão e companheirismo.

À Carolina, à Leonor e à Teresa, pelo seu amor...

A todos, o meu maior reconhecimento. MUITO OBRIGADA!

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	17
1.	PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	23
1.1.	O conceito de autocuidado	24
1.2.	O perfil de autocuidado	28
1.2.1.	O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes	34
1.3.	Justificação do estudo.....	36
2.	METODOLOGIA.....	37
2.1.	Finalidade e objectivos.....	37
2.2.	Desenho do estudo	38
2.3.	Variáveis em estudo.....	39
2.4.	População e amostra	41
2.4.1.	Plano de amostragem	42
2.4.2.	Caracterização da amostra.....	43
2.4.2.1.	Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	44
2.4.2.2.	Caracterização da amostra em função do nível de dependência no autocuidado	46
2.4.2.3.	Caracterização da amostra em função da ocorrência de compromissos nos processos corporais.....	50
2.5.	Procedimentos de recolha de dados	50

2.5.1.	Escala de identificação e descrição do “perfil de autocuidado”	52
2.5.2.	Validade e Fidelidade da escala de identificação e descrição do “perfil de autocuidado”	52
2.5.3.	Descrição do procedimento de recolha de dados.....	56
2.6.	Procedimentos de análise dos dados.....	57
2.7.	Aspectos éticos.....	57
3.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.1.	Caracterização do perfil de autocuidado dos participantes.....	59
3.1.1.	Distribuição dos participantes pelos perfis de autocuidado	61
3.2.	Factores emergentes da avaliação dos perfis de autocuidado	73
3.2.1.	“Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”	76
3.2.2.	“Percepção da condição física”	77
3.2.3.	“Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”	79
3.2.4.	“Lidar de forma independente com os problemas de saúde”	81
3.2.5.	“Vida de Sacrifício”	83
3.2.6.	“Passividade face ao cuidado”	84
3.2.7.	“Perda da autonomia”	85
3.2.8.	“Resignação face ao envelhecimento”	86
3.2.9.	“Percepção de suporte familiar”	87
3.2.10.	“Relações interpessoais significativas”	88
3.2.11.	“Sentimento de amargura”	89
3.2.12.	“Capacidade de decisão e responsabilidade”	90
3.2.13.	“Aceitação dos tratamentos”	91

3.2.14. “Medo da perda de autonomia”	92
4. CONCLUSÕES.....	97
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	105
ANEXO I: INSTRUMENTO ORIGINAL	107
ANEXO II: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	113
ANEXO III: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE AUTOCUIDADO	117
ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHTS	123
ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS PARA UTILIZAÇÃO DA SCHDE	127
ANEXO VI: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO ...	131
ANEXO VII: PERFIS DE AUTOCUIDADO E QUESTÕES ASSOCIADAS.....	135
ANEXO VIII: COMPARAÇÃO DO <i>SCORE</i> NO PERFIL DO AUTOCUIDADO EM FUNÇÃO DA VARIÁVEL “SEXO”	139
ANEXO IX: ANÁLISE FACTORIAL - ROTAÇÃO DE VARIMAX COM NORMALIZAÇÃO KAISER	143
ANEXO X: CORRELAÇÃO DOS <i>SCORES</i> NOS FACTORES EMERGENTES E AS VARIÁVEIS “IDADE”, “FORMAÇÃO ESCOLAR” E “NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA”	147
ANEXO XI: COMPARAÇÃO DOS <i>SCORES</i> NOS FACTORES EMERGENTES EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS “SEXO”, “ACTIVIDADE PROFISSIONAL” E “ESTADO CIVIL”	151

Abreviaturas e siglas

α – alpha

ABVD – Actividade Básica da Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária

AVDs – Actividades da Vida Diária

CHTS-HPA- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado

DP – Desvio Padrão

ed. – edição

ESEP –Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

nº – número

NOC – Nursing Outcomes Classification

p. – página

% – percentagem

SCHDE – Self-Care of Home Dwelling Elderly

SPSS – Statistical Packaged for the Social Sciences

Vol. – Volume

Lista de Tabelas

TABELA 1: Variáveis incluídas no estudo	40
TABELA 2: Caracterização da amostra em função da idade e da escolaridade	44
TABELA 3: Caracterização da amostra em função das variáveis sócio-demográficas (nominais)	45
TABELA 4: Caracterização da amostra quanto à dependência para “Tomar banho”	47
TABELA 5: Caracterização da amostra quanto à dependência nos diferentes domínios do autocuidado	49
TABELA 6: Caracterização da amostra em função do Nº Quedas e Nº de Anquiloses	50
TABELA 7: “Questões específicas” por perfil de autocuidado	60
TABELA 8: Síntese do processo de identificação do perfil de autocuidado dos participantes, a partir dos <i>scores</i> calculados para cada um dos quatro (4) conjuntos de itens	61
TABELA 9: Distribuição dos participantes em função do perfil do autocuidado	62
TABELA 10: Distribuição dos participantes em função do perfil do autocuidado (agregados)	63
TABELA 11: Comparação Perfis de autocuidado (agregados) em função da Idade (Teste Kruskal – Wallis)	63
TABELA 12: Comparação Perfis de autocuidado (agregados) em função da Formação Escolar (Teste Kruskal – Wallis)	64
TABELA 13: Comparação dos Perfis de autocuidado (agregados) em função do Nível Global de Dependência no Autocuidado	65
TABELA 14: Distribuição dos casos categorizados inicialmente como “indefinidos”	67

TABELA 15: Matriz de correlação dos <i>scores</i> nos quatro perfis de autocuidado.....	70
TABELA 16: Média dos <i>scores</i> nos perfis de autocuidado em função do estado civil.....	72
TABELA 17: Comparação dos <i>scores</i> nos perfis de autocuidado em função do estado civil (Resultados Teste U Mann Withney)	72
TABELA 18: Média dos <i>scores</i> nos perfis de autocuidado em função da actividade profissional	72
TABELA 19: Comparação dos <i>scores</i> nos perfis de autocuidado em função da actividade profissional (Resultados Teste U Mann Withney).....	73
TABELA 20: Composição dos factores extraídos	75
TABELA 21: Factor 1 – “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”	76
TABELA 22: Factor 2 – “Percepção da condição física”	77
TABELA 23: Factor 3 – “Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”	80
TABELA 24: Factor 4 – “Lidar de forma independente com os problemas de saúde”	82
TABELA 25: Factor 5 – “Vida de sacrifício”	83
TABELA 26: Factor 6 – “Passividade face ao cuidado”	84
TABELA 27: Factor 7 – “Perda da autonomia”	85
TABELA 28: Factor 8 – “Resignação face ao envelhecimento”	87
TABELA 29: Factor 9 – “Percepção de suporte familiar”	88
TABELA 30: Factor 10 – “Relações interpessoais significativas”	89
TABELA 31: Factor 11 – “Sentimento de amargura”	90
TABELA 32: Factor 12 – “Capacidade de decisão e responsabilidade”	91
TABELA 33: Factor 13 – “Aceitação dos tratamentos”	92
TABELA 34: Factor 14 – “Medo da perda de autonomia”	92

TABELA 35: Correlações entre os <i>scores</i> dos factores extraídos	94
--	----

TABELA 36: Matriz de Correlação entre os <i>scores</i> dos factores extraídos e os <i>scores</i> nos quatro perfis de autocuidado	95
---	----

Resumo

O autocuidado constitui-se como uma área de extrema relevância para a profissão e disciplina de enfermagem. No contexto das transições (Meleis et al, 2000) que desafiam as pessoas a reformular e / ou a integrar novos aspectos no âmbito do seu autocuidado, importa ter em conta, enquanto condicionalismo pessoal, a postura dos clientes face ao autocuidado. Esta postura pode ser definida como o “perfil de autocuidado”, de acordo com Backman e Hentinen (1999; 2001).

O estudo aqui relatado inscreve-se num paradigma de investigação quantitativa, com uma abordagem do tipo descritiva e transversal; com base numa amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 161 indivíduos, com a finalidade de identificar os perfis de autocuidado predominantes. O instrumento utilizado na identificação e descrição dos perfis de autocuidado dos participantes resulta de um estudo desenvolvido por Rasanen, Kyngas e Backman, em 2007.

Apesar de nos estudos originais os resultados da estatística Alfa de Cronbach do referido instrumento serem aceitáveis, o valor apurado no nosso estudo (0,48) recomenda muita cautela na leitura dos resultados. A maioria dos casos estudados pode ser considerada como tendo um perfil de autocuidado “indefinido”. Apenas cerca de ¼ dos participantes evidenciaram um perfil de autocuidado aderente a um dos quatro perfis (teóricos) descritos na literatura. Em termos globais, as posturas mais próximas do perfil de autocuidado de “abandono” surgem associadas a pessoas do sexo feminino, viúvas (a viverem sós) e reformadas; enquanto as posturas mais “responsáveis” correspondem a trabalhadores activos e casados.

Do processo de análise factorial exploratória resultaram 14 factores que nos permitem identificar duas posturas face ao autocuidado. Por um lado, pessoas com atitudes pró-activas, que encaram o envelhecimento como algo positivo e estimulante e que são capazes de lidar com os seus problemas de saúde; por outro, pessoas com maior passividade, posturas resignadas, demonstrando sentimentos negativos face ao futuro.

Palavras-chave: Transições; Autocuidado, Perfil de Autocuidado.

Abstract

Self-care is an area of extreme relevance to the profession and discipline of nursing. In the context of transitions (Meleis et al, 2000) people to challenge themselves to reshape or integrate new features as part of their self-care, it is important to take care with the customer position about them the self-care. This posture can be defined as the "profile of self-care," according to Backman and Hentinen (1999; 2001).

The study reported here is a part of a paradigm of quantitative research approach with a descriptive and cross-type, based on a sample of non-probabilistic and convenience, comprising 161 individuals, in order to identify the predominant profiles of self-care. The instrument used to identify and describe the profiles of the participants from self-care results from a study by Rasanen, Kyngas and Backman, 2007.

Although in the original studies the results of Cronbach's alpha statistic of the instrument are acceptable, the value calculated in our study (0.48) recommends caution in reading the results. Most of the cases studied can be considered as having a profile of self-care "undefined. Only about a quarter of participants showed a profile of self-care adherent to one of four profiles (theoretical) in the literature. Overall, the positions closer to the profile of self-care "walk away" arise associated with females, widows (living alone) and retired, while the postures more "responsible" correspond to the workers and married people.

The process of exploratory factor analysis resulted in 14 factors that allow us to identify two positions in the face of self-care. On the one hand, people with pro-active attitudes, who view aging as something positive and exciting and you are able to deal with their health problems, on the other, people with greater passivity, resignation postures, showing negative feelings towards the future.

Keywords: Transitions, Self Care, Self Care Profile

0. INTRODUÇÃO

Os enfermeiros, cada vez mais, preocupam-se com a pessoa / cliente, enquanto um ser envolvido por uma plêiade de factores, como desejos e projectos, marcado pela pro-actividade, com uma história, com emoções e vontades, capazes de influenciarem o seu percurso de vida e, assim, os seus comportamentos de procura e construção dos seus projectos de saúde. Tal como refere Meleis, “... as enfermeiras estão interessadas em perceber como é que estes factores moldam as acções e reacções dos seres humanos” (2005, p.94). Esta realidade deriva do facto da disciplina reconhecer que, só conhecendo as circunstâncias que envolvem os clientes e as suas diferentes necessidades em cuidados de enfermagem é possível promover e concretizar terapêuticas de enfermagem com potencial de ajuda efectiva.

Os episódios de internamento hospitalar, em particular em serviços de medicina e respectivas especialidades (contexto onde exercemos a nossa actividade profissional), tendem a desencadear e a estar associados, por via dos fenómenos fisiopatológicos que os originam, ao declínio funcional dos clientes, levando a uma maior nível de dependência ou perda da autonomia.

As pessoas quando sujeitas a situações críticas, como aquelas que exigem internamento hospitalar, podem experimentar (...) *dificuldade ou incapacidade para satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo ou dos que lhe são significativos (...)* (Pereira, 2009, p.25). Com efeito, a grande maioria dos episódios de internamento nos serviços de medicina, incluídos no estudo de Pereira (2009), tinham associados quadros de significativa dependência nos diferentes domínios do autocuidado (ICN, 2011).

Neste contexto, em linha com aquilo que resultou do estudo de Pereira e os enunciados descritivos dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), “o enfermeiro tem por objectivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado”. Neste quadro, importa conhecer e compreender de que forma os clientes vivem a experiência de transição (Meleis, 2005) para um quadro de dependência no autocuidado e, nesta sequência, como lidam com a “necessidade” e o seu “potencial” de

reconstrução / maximização da sua autonomia. Só desta forma é possível evoluir para terapêuticas de enfermagem específicas e orientadas para a promoção do autocuidado.

O autocuidado surge definido por diferentes autores, como uma acção intencional da pessoa em agir, com comportamentos que visam a gestão da vida, saúde e bem-estar contínuo (Orem, 1983, 1991; Braden cit. por Silva-Smith & Kovach, 2006; ICN, 2011).

Para Backman e Hentinen (1999), o autocuidado é visto como uma condição pessoal que cada indivíduo encerra em si, não sendo apenas uma forma consciente para e de agir, mas, acima de tudo, uma “rotina subconsciente”, uma atitude ou disposição moldada e construída ao longo da vida; onde os comportamentos (observáveis) de autocuidado possuem interações com os factores culturais, sociais, e psicossociais; significando coisas diferentes para diferentes pessoas. Este conceito remete-nos, em linha com as referidas autoras, para a ideia da existência de “perfis ou traços pessoais de autocuidado”, que estão na base dos comportamentos de tomar conta de si. Apesar deste perfil de autocuidado ser algo construído ao longo do tempo e um conjunto de traços definidores de cada cliente, é possível, face às alterações vividas por cada indivíduo, também por via da acção das terapêuticas dos profissionais de saúde, modificar disposições e, acima de tudo, comportamentos de autocuidado.

Nos processos envolvidos e associados ao autocuidado dos clientes é possível identificar e mobilizar estratégias que permitam aos indivíduos modificar ou alterar as condições de saúde e, posteriormente, adaptar-se e expandir as suas próprias capacidades (Hoy, Wagner e Hall, 2007). Neste quadro, assume-se que, apesar das actividades de autocuidado estarem alicerçadas num conjunto de aspectos que se vão construindo e consolidando ao longo da vida, é possível, conhecendo tais traços pessoais (fundamentos associados ao autocuidado), ajudar os clientes a mobilizar as suas capacidades (internas e do meio que o envolve), no sentido de modificar / potenciar o seu projecto de saúde.

Orem (1991) afirma que, todas as pessoas têm requisitos para o autocuidado. No entanto, cabe a cada pessoa activar esses requisitos em prol de uma transição saudável, isto é, no sentido de mudança, implicando a adaptação ao evento ou a disrupção (Kralik, Visentin e Loon, 2006), sendo por isso necessário que a pessoa incorpore novo conhecimento e capacidades para alterar comportamentos e, assim, alterar a definição do seu *Self* (Meleis et al, 2000). O papel activo do indivíduo que daqui se infere remete-nos para o conceito de cliente enquanto “agente de autocuidado” (Orem, 1991). Nesta tónica, espera-se que indivíduos, através da sua experiência, se tornem impulsionadores da sua

condição de saúde, ao invés de receptores de cuidados passivos. Desta forma poderá ser possível que os sentimentos de angústia, de abandono, e de “não estar situado” sejam substituídos por indicadores de bem-estar, domínio das mudanças e capacidades de desempenho (Schumacher & Meleis, 1994).

A fim de reconstruir a sua autonomia, a pessoa deve desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de cuidar de si própria, uma vez que a autonomia pessoal envolve um sentido do realismo da vida, considerando-se, como a relação entre o que as pessoas fazem e o que querem, considerando as circunstâncias (Proot et al, 1998, 2002; 2007).

A transição de um quadro de independência no autocuidado para um cenário de dependência envolve e desencadeia um vasto leque de mudanças nas actividades e capacidades de autocuidado do cliente. Meleis e colaboradoras (2000) e Meleis (2005) dizem-nos que uma transição (com relevância para a enfermagem) é desencadeada por um evento ou “ponto de viragem”. Na transição para a dependência, podemos falar de um “evento gerador de dependência” que, normalmente, no contexto onde exercemos profissionalmente, corresponde a uma doença súbita ou a uma agudização de uma patologia de base – transição saúde – doença. Todavia, o evento gerador de dependência e perda de autonomia pode não ser nitidamente reconhecido e delimitado no tempo. A instalação da dependência pode ser progressiva, resultando do envelhecimento – transição desenvolvimental (Meleis et al, 2000). Com alguma frequência, os clientes que assistimos no nosso local de trabalho, apesar de não evidenciarem quadros de dependência nas “actividades básicas da vida diária” – ABVD – como alimentar-se, vestir-se e despir-se, andar (ICN, 2011), demonstram compromissos ao nível de “actividades instrumentais da vida diária” – AIVD -, como, por exemplo, gerir os tratamentos e tomar a medicação (OMS, 2002; Caldas, 2003; Botelho, 2005; Hoogerduijn, et al, 2006; Silva, et al, 2006; Camargos, Machado e Rodrigues, 2008). Esta realidade inscreve-se dentro de conceito de autocuidado que nos serve como referencial. Assim, podemos dizer que, com grande frequência, os clientes que assistimos profissionalmente experienciam transições que os desafiam a desenvolver ou reconfigurar competências de autocuidado.

De acordo com Meleis (2005) e Meleis e colaboradoras (2000), as transições podem ser categorizadas quanto à sua natureza e ao seu tipo. Assim e como já tivemos oportunidade de referir, existem transições de “saúde – doença”, “desenvolvimentais”, “situacionais” e “organizacionais”. As transições saúde - doença incluem aquelas em que

existe uma rápida mudança do papel ou capacidades de desempenho da pessoa, resultado da passagem de um estado de bem-estar para uma circunstância de viver uma doença aguda ou crónica. As transições de desenvolvimento estão relacionadas com as alterações ocorridas ao longo do ciclo de vida, como aquelas que resultam, por exemplo, do envelhecimento. As transições situacionais estão associadas à assumpção de novos papéis. Aqui, são transições com relevância para a enfermagem assumir o papel de membro da família prestador de cuidados a um dependente ou o papel parental. As transições organizacionais prendem-se, por exemplo, com quadros de mudanças na organização da estrutura e funcionamento das famílias ou, a título de exemplo, na institucionalização de um idoso. Naquilo que nos interessa para o nosso estudo, partimos para a investigação ancorados na perspectiva teórica de Meleis (2005), essencialmente pensando nas transições saúde – doença e de desenvolvimento que produzem mudanças significativas nas capacidades de autocuidado dos nossos clientes. Contudo, como nos diz a autora, as experiências concretas dos clientes, muitas vezes, estão plasmadas com diferentes tipos de transições, que se relacionam entre si.

O curso das transições pode ser condicionado por situações que o favorecem ou dificultam. Este é um aspecto central para o nosso estudo, na medida em que assumimos que o perfil de autocuidado dos clientes, nos termos propostos por Backman e Hentinen (1999), pode ser um factor com potencial de influenciar o curso das transições que desafiam os clientes a desenvolver e reconfigurar capacidades de autocuidado e a reconstruir a sua autonomia. Os condicionalismos associados às transições, para Meleis e colaboradoras (2000), podem ser relativos a condições pessoais do cliente, a aspectos da comunidade, da sociedade, dos recursos disponíveis e, por exemplo, do suporte familiar. Neste quadro, o perfil de autocuidado dos clientes poderá ser entendido como um condicionalismo pessoal do curso das transições. É neste enquadramento que se justifica evoluir para estudos que explorem o conceito – perfil de autocuidado – e a sua influência no curso das transições vividas pelos clientes.

No projecto inicial de investigação, pretendíamos identificar e descrever o perfil de autocuidado dos clientes internados num departamento de Medicina de um hospital do distrito do Porto e, após, explorar em que medida aquele perfil de autocuidado condicionava as capacidades de desempenho dos clientes e a sua autonomia, seis meses após o episódio de internamento. Todavia, vários problemas colocaram-se-nos, no sentido de concretizar o segundo objectivo. Assim, também devido às limitações temporais que

derivam do percurso académico em que se inscreve esta dissertação, optámos por circunscrever o nosso estudo à identificação e descrição do perfil de autocuidado de uma amostra de conveniência e por critério temporal, de clientes internados no referido departamento de medicina.

Na primeira parte deste relatório, optamos por delimitar a problemática em estudo, abordando os conceitos centrais que lhe estão na base. Aqui destacamos os aspectos relativos ao conceito de autocuidado, ao conceito de autonomia e os elementos centrais da teoria das transições com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras.

Após, ocuparmo-nos dos aspectos metodológicos do estudo, dando conta dos objectivos e da finalidade do estudo. Os aspectos relativos ao tipo de estudo, à população e amostra, bem como das estratégias de recolha e análise dos dados, completam este capítulo.

No terceiro capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos com o estudo, tendo por referencial outros estudos que utilizam o mesmo constructo teórico.

O relatório finaliza-se com um ponto relativo às principais conclusões que emergem do estudo realizado.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O envelhecimento da população é um processo amplamente evidente que tem conduzido a profundas implicações económicas, sociais e políticas que afectam países, comunidades e famílias.

No âmbito da saúde, o envelhecimento da população está directamente relacionado com o aumento crescente da prevalência das doenças crónicas que, por sua vez, tem elevado o número de pessoas dependentes no autocuidado.

Portugal não se afasta desta tendência e, numa população muito envelhecida, a deterioração da saúde e surgimento de doenças promovem um número crescente de quadros dependência no autocuidado e perda da autonomia, expondo os indivíduos à vulnerabilidade, o que consequentemente diminui as suas capacidades de autocuidado e auto protecção (Naik et al,2008).

Eliopoulos (2005) refere que os idosos geralmente têm medo de que a doença e o envelhecimento levem a perdas da independência, pois o nível de dependência que experienciam nas actividades de vida diárias (AVDs) é crucial para a sua noção de autonomia pessoal. No nosso quotidiano profissional apercebemo-nos deste tipo de sentimentos e noções, aspectos que acabam por condicionar a forma como os clientes vivem os fenómenos de perda de autonomia e desenvolvimento das suas capacidades de autocuidado.

A doença e o envelhecimento podem perturbar a autonomia dos clientes, através da limitação de oportunidades, obrigando a uma reavaliação de aspectos da vida e actividades. No entanto, sempre que possível, a autonomia deve ser restaurada ou optimizada, ampliando o leque de oportunidades disponíveis, encontrando actividades alternativas e / ou formas diferentes de fazer as “mesmas” actividades, tendo por horizonte a adaptação às novas circunstâncias. Se as pessoas não conseguirem consciencializar o seu potencial de autonomia, equacionar os seus recursos (internos e externos), assim como definir (realisticamente) objectivos e prioridades, correm o risco de se tornarem dependentes de outros e incapazes de recuperarem a sua autonomia (Proot et al, 2007). É

neste quadro que a acção terapêutica dos enfermeiros pode desempenhar um papel crucial.

Entretanto, durante a última década, tem havido uma crescente atenção, por parte de todos os envolvidos prestação de cuidados de saúde, para com a problemática da autonomia dos indivíduos mais idosos e / ou com doenças limitadoras e incapacitantes. Neste movimento temos assistido à incorporação de conceitos como “cliente” (pró activo) e “centralidade da pessoa” (Proot et al, 2007). Estes conceitos procuram salientar a necessidade de ver as pessoas como indivíduos com desejos e projectos pessoais, envolvidos pelas suas circunstâncias (internas e externas), ao invés de pacientes (passivos), sem nenhum potencial de desenvolver comportamentos de procura de saúde, promotores de capacidades de autocuidado.

A ligação entre os conceitos de autocuidado e autonomia é inevitável. Quando se fala em “agente de autocuidado” (Orem, 1991; 1995), enfatizam-se elementos relacionados com o conceito de autonomia (Proot et al, 2007), como a intencionalidade dos indivíduos, o seu percurso biográfico, a sua capacidade física para agir, bem como as suas capacidades de decidir sobre a sua vida e os seus projectos de saúde. Desta forma procuramos realçar a centralidade do conceito de autocuidado.

Desde há várias décadas que o autocuidado é um conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem. Este conceito está associado à escola de pensamento em enfermagem que pode ser designada como “Escola das Necessidades” (Kérrouac, 1996; Meleis, 2005). Para esta escola de pensamento, o propósito da enfermagem é ajudar as pessoas a desenvolver, preservar ou recuperar a independência (autonomia) no autocuidado. Na perspectiva de Orem (1995), autora que, a par de Virgínia Henderson, é um dos expoentes máximos da “Escola das Necessidades”, o autocuidado pode ser entendido como as actividades que a pessoa desempenha por si própria para manter a vida, saúde e bem-estar (Orem, 1995).

1.1. O conceito de autocuidado

A associação do conceito de autocuidado ao conceito global de saúde, assim como a sua expansão para além das actividades mais básicas de vida diária, desde os trabalhos

iniciais de Orem ficou bem vinculada. Com efeito, ao longo dos anos, o termo autocuidado foi englobando as actividades associadas com a promoção da saúde, representando comportamentos empreendidos pelas pessoas para promover ou restaurar a sua saúde, sendo um processo em que a pessoa age em seu próprio benefício.

Já em 1983, Orem definia o autocuidado como uma actividade (ou conjunto de actividades) auto-iniciada(s), que visa(m) a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuo. Neste quadro, o autocuidado era também definido como uma “função humana”, que se relaciona com as acções deliberadas e intencionais dos indivíduos, com base nas suas circunstâncias particulares (Orem, 1991).

Os elementos e propriedades do conceito que foi sendo desenvolvido e refinado por Orem, foram sendo transpostos para as definições mais consensuais do conceito, que podem ser encontradas nas diferentes versões da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Na referida classificação o autocuidado é definido como uma Actividade Executada pelo Próprio, que visa: *“Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.”* (ICN, 2011). Sendo uma actividade realizada pelo próprio, traduz-se num comportamento e, portanto, numa acção intencional do indivíduo (Braden cit. por Silva-Smith & Kovach, 2006). Como sabemos, os comportamentos têm na sua base e fundamento aquilo que pode ser definido como atitudes e disposições. Estas englobam, entre outros, traços de personalidade, significados atribuídos, desejos de natureza íntima e pessoal, assim como avaliações e aprendizagens de experiências anteriores. Na perspectiva de Hoy, Wagner e Hall (2007), os comportamentos de autocuidado reflectem atitudes dos indivíduos para com a sua saúde, assim como aspectos que estão na base das suas capacidades para se envolverem e desenvolverem práticas promotoras da autonomia. Estes aspectos, de acordo com Backman e Hentinen (1999), podem ser enquadráveis dentro daquilo que designam como “perfil ou tipo de autocuidado”.

Assim, o autocuidado também poderá ser entendido como uma condição pessoal, que cada indivíduo encerra em si, podendo ter significados diferentes para pessoas diferentes. É um conceito que se relaciona com o sentido que cada pessoa dá à sua vida, à sua procura de saúde, ao seu envolvimento em comportamentos promotores da satisfação e do bem-estar. O autocuidado pode, assim, ser entendido como uma “conduta alargada” que cada pessoa adopta e que pode ser objectivamente observada em situações concretas do quotidiano e das experiências vividas, dirigida pela pessoa para si mesma, de modo a

controlar os factores que afectam o seu desenvolvimento e o seu funcionamento, em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar. (Orem, 1991; Söderhamn, 2000; 2001).

Na perspectiva de Hoy, Wagner e Hall (2007), o autocuidado é visto como um “recurso de saúde” que reflecte, também, a atitude do indivíduo para com a saúde e a sua capacidade para se envolver e desenvolver práticas saudáveis.

A análise dos fundamentos e processos envolvidos nas actividades de autocuidado dos clientes permitem identificar e maximizar elementos que podem possibilitar aos clientes modificar ou alterar as condições de saúde e, posteriormente, adaptar-se de uma forma mais efectiva às mudanças e expandir as suas próprias capacidades. De acordo com Hoy, Wagner e Hall (2007), autores que já referenciámos, o autocuidado pode ser percebido como um processo dinâmico de experiência(s) de vida, estando directamente relacionado com os significados que os indivíduos atribuem às suas experiências, numa permanente articulação temporal e cultural. O autocuidado reflecte, desta forma, um processo de aprendizagem ao longo da vida, baseado na “consciência” que a pessoa vai tendo de si, nos seus valores, nas suas capacidades, nos seus conhecimentos, entendimentos e formas de pensar (de “*se pensar*”).

O autocuidado pode, ainda, ser compreendido numa lógica do tipo “ecológico”. Assim, para além das dimensões anteriores, o autocuidado pode ser visto, como um processo de construção cumulativo e integrativo do emocional, espiritual, biofísico, mas também, do cultural e das condições sociais e ambientais em que o indivíduo vive e se relaciona (Hoy, Wagner e Hall, 2007).

Em 1999, Backman e Hentinen, definem a prática do autocuidado como um reflexo do estilo individual das pessoas, da adaptação à sua experiência de vida, circunstâncias presentes e visão do futuro, não sendo uma forma racional de manter a saúde, mas reflectindo uma atitude para o cuidado da saúde, da doença e, em síntese, da vida. Estas autoras, na interpretação de Zeleznik (2007), definem o autocuidado como uma “rotina”, que de forma inconsciente vai sendo moldada ao longo da vida.

Desta forma, pode afirmar-se que o autocuidado diz, também, respeito a disposições, que influenciam as habilidades e comportamentos da pessoa para lidar com a vida; sendo um factor pessoal, muito do domínio do mundo interno do próprio indivíduo. Para Söderhamn (2001), as habilidades de autocuidado podem ser ou não mobilizadas nos comportamentos concretos dos indivíduos. Esta opção terá a ver com a tomada de consciência, por parte do indivíduo, da necessidade em modificar ou melhorar o seu

comportamento face às exigências de autocuidado. Neste contexto, aquilo que Söderhamn (2001) enfatiza é o papel decisivo que a consciencialização das mudanças e diferenças, nos termos de Meleis e colaboradoras (2000), têm para o processo de mobilização dos recursos do cliente, em favor de comportamentos de autocuidado promotores da saúde e bem – estar. Com efeito, Callaghan (2003) refere que comportamentos de autocuidado promotores de saúde “... *podem ser aprendidos e direccionados para o desempenho de comportamentos específicos que podem levar à promoção da saúde*” (p. 248). No fundo, aquilo que este autor destaca é o potencial que os clientes podem encerrar, mesmo quando confrontados com situações de doença, perda da autonomia e limitação das suas capacidades funcionais.

No contexto onde exercemos profissionalmente, lidamos com clientes que vivem mudanças significativas na sua vida. Por exemplo, casos de chefes de família e principal sustento da casa, que passam por situações em que necessitam da ajuda de outros para realizar as actividades da vida diária mais básicas e a ter necessidade de integrar regimes terapêuticos com alguma complexidade no seu quotidiano. Meleis e colaboradores (2000) referem que os indivíduos vivem, por vezes, sentimentos de frustração, impotência e conflitos pessoais, face às circunstâncias a que aludimos. No entanto, também referem que as alterações no estado de saúde podem oferecer aos clientes, se devidamente ajudados, oportunidades de desenvolvimento e crescimento pessoal, de “redefinição de si”, tendo em vista recuperar / aumentar o bem-estar. Estes processos dizem respeito a transições com relevância para a enfermagem, na medida em que dizem respeito a mudanças no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades (Meleis, 2007).

Embora o termo transição seja usado no sentido de mudança, “... *ele denota um processo psicológico que envolve a adaptação ao evento ou a disrupção*” (Kralik, Visentin e Loon, 2006, p. 322). Assim, é necessário que a pessoa clarifique significados, mobilize os seus recursos (internos e externos), incorpore novo conhecimento e habilidades, evoluindo num processo que, como vimos, tende a alterar a definição do seu *Self* (Meleis et al, 2000).

Ajudar os clientes a reconfigurar a forma como lidam com quadros de dependência e a reconstruir a sua autonomia, exige-nos (aos enfermeiros) competências para levar a pessoa a desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de cuidar de si próprio. Nesta tónica, espera-se que indivíduos com potencial de desenvolvimento das (por vezes novas) capacidades de autocuidado, a longo prazo e através da sua experiência, possam aumentar os seus conhecimentos e habilidades, tornando-se decisores, ao invés de

meros receptores passivos de cuidados. Desta forma, os sentimentos negativos de angústia e frustração serão, tendencialmente, substituídos por uma sensação de bem-estar e domínio da situação (Schumacher & Meleis, 1994).

As percepções, os significados, as crenças e as atitudes dos clientes face às mudanças que experimentam podem influenciar o curso da transição (Meleis et al, 2000). Assim, é necessário ponderar estes condicionalismos pessoais, quando se visa desenvolver no cliente um papel de agente activo da sua própria condição.

Ancorados nestes saberes, admitimos que as “disposições para o autocuidado” serão um factor intrínseco ao próprio cliente, que urge considerar e mobilizar nos processos terapêuticos orientados para a promoção da potencialidade de desenvolvimento das “capacidades de realizar o autocuidado” (ICN, 2011), por parte dos clientes que vivem transições.

Orem, postula que quando alguém percebe que algo ameaça a sua saúde, pode considerar diferentes oportunidades para eliminar essa ameaça e, em seguida, tomar uma decisão em como reagir (1991). No entanto, a forma como cada pessoa lida com essa ameaça dependerá forçosamente de si, das forças e fraquezas que encerra, tornando-se, assim, mais ou menos exposta à vulnerabilidade.

Em 1999, Backman e Hentinen construíram um modelo explicativo do autocuidado dos idosos com necessidades de cuidados domiciliários, onde explicam que a personalidade, as experiências de saúde e o envelhecimento são condições fulcrais e mandatárias para o autocuidado. Este modelo parece-nos útil, na medida em que lidamos com clientes com necessidades de cuidados inscritas neste domínio, para além de serem pessoas, maioritariamente, idosas. Para além do mais, o modelo alicerça-se no conceito de “disposições ou perfil de autocuidado”, enquanto construção biográfica.

1.2. O perfil de autocuidado

Backman e Hentinen (1999) desenvolveram um estudo, recorrendo à *Grounded Theory*, com o objectivo de compreender o autocuidado de idosos em atendimento domiciliar, residentes na Cidade de Oulu, na Finlândia. Este estudo permitiu-lhes construir um modelo explicativo, onde identificaram e caracterizaram quatro perfis de autocuidado,

cada um com diferentes condições para a acção e diferentes significados. Os quatro perfis de autocuidado identificados foram: o “autocuidado responsável”, o “autocuidado formalmente guiado”, o “autocuidado independente” e o “autocuidado de abandono”.

Importa salientar que, para as autoras, o autocuidado não é uma parte separada da biografia das pessoas, mas está estritamente associado ao passado e ao futuro, onde os comportamentos do autocuidado possuem interacções com os factores culturais, sociais e psicossociais, podendo-se afirmar que, as práticas comportamentais das pessoas são moldadas por valores, disposições e crenças apreendidas, bem como pelas oportunidades e limitações sociais e económicas que as envolvem. A prática do autocuidado é, portanto, o reflexo do estilo individual das pessoas, da adaptação às suas experiências de vida, circunstâncias presentes e visão do futuro. Não é uma forma eminentemente racional de manter a saúde, mas reflecte uma atitude para o cuidado da saúde, doença e vida (Backman & Hentinen, 1999).

Embora, como vimos, no quadro do modelo explicativo desenvolvido, as autoras tenham definido quatro perfis de autocuidado, importa mencionar que o número de pessoas que apresentavam perfis de autocuidado “combinados”, com traços dos diferentes perfis, era bastante significativo. Esta realidade tem sido colocada em destaque nos estudos que têm utilizado este referencial teórico (Zelevnik, 2007; Sequeira, 2011). Contudo, de acordo com os procedimentos utilizados nos estudos fundadores de Backman e Hentinen (1999), foi sempre possível identificar pessoas com perfis de autocuidado “puro” ou nitidamente aderente a um dos quatro perfis; facto que também ocorreu nos estudos subsequentes já referenciados.

As pessoas com um perfil de autocuidado *responsável* são comprometidas com as actividades da vida diárias (AVDs), e são capazes de gerir a saúde e as doenças. Estas pessoas demonstram grande capacidade e disposição para gerir os seus tratamentos e medicamentos; querem conhecer com propriedade os motivos das suas doenças, quais os sintomas e tratamentos possíveis. Utilizam adequadamente os seus recursos internos e externos para o autocuidado. Pessoas com este perfil de autocuidado têm uma orientação positiva para com a vida e uma rede social activa. Procuram ajuda quando necessitam, colaborando activamente com os profissionais de saúde. Normalmente, as pessoas com este perfil de autocuidado relacionam-se num registo de paridade com os profissionais e querem discutir as diferentes alternativas sobre o seu tratamento. São capazes de argumentar, de dar a sua opinião, o que os torna parceiros na decisão dos seus cuidados.

Desta forma são pessoas com grande autonomia na decisão. Estas pessoas tendem a apresentar hábitos de vida saudável, praticam exercício físico e aderem a dietas saudáveis. Embora muitas destas pessoas refiram ter tido uma vida árdua, sentem que o envelhecimento é uma fase de vida positiva e desafiadora, apresentando confiança no futuro. Esta confiança é atestada pelo forte desejo de viver como agente activo. Reconhecem que poderão ter que ser ajudados, demonstrando uma atitude positiva face à ajuda, fundamentalmente porque têm boas relações sociais e familiares.

O autocuidado *formalmente guiado* tem como traço distintivo a obediência (passividade) da pessoa face às instruções relativas à sua saúde; dieta e medicação. As pessoas com este perfil de autocuidado não se preocupam em saber os como e os porquês que estão na base, por exemplo, dos tratamentos que lhes são propostos. O desejo e nível de participação destas pessoas nas decisões sobre a sua saúde, os cuidados e o curso das suas vidas são muito baixos. Normalmente, as pessoas que aderem a este perfil de autocuidado relatam uma (história de) vida árdua e com sofrimento. Quando se explora o passado, desvela-se uma vida marcada pelas rotinas e pela fraca capacidade de decisão. O quotidiano destas pessoas foi marcado pelo tomar conta dos outros; os filhos, o marido, os pais. Desta forma percebe-se alguma tendência para este perfil de autocuidado ser característico de algumas mulheres, com níveis de instrução mais baixos (Sequeira, 2011), facto que coloca em destaque a influência dos aspectos culturais sobre as disposições para o autocuidado. Quando mais velhas, estas pessoas tendem a isolar-se, vendo o envelhecimento apenas como uma deterioração da condição física e perda da capacidade de realizar “as tarefas” do quotidiano. Os estudos realizados com base na perspectiva teórica de Backman e Hentinen (1999) tendem a revelar uma atitude resignada, por parte das pessoas que aderem a este perfil de autocuidado. Estas pessoas encaram os enfermeiros e outros profissionais de saúde como agentes de controlo da sua saúde, embora as suas expectativas e exigências para com os profissionais sejam muito baixas. A relação destas pessoas com os enfermeiros é marcada por uma postura de subalternidade. O processo de cuidados de enfermagem a estas pessoas pode, facilmente, tornar-se rotineiro; facto que pode colocar estas pessoas especialmente vulneráveis, na medida em que aceitam passivamente a evolução da sua condição de saúde, de uma forma resignada. Estes clientes, na nossa opinião são um grande desafio para a acção terapêutica dos enfermeiros.

Pessoas com um perfil de autocuidado *independente* encerram em si características de idosos que sempre foram independentes, ao longo da vida, guiando-se sempre pela “sua voz interior”. Quando têm um problema de saúde, tendem a não procurar ajuda profissional, porque acreditam que a sua experiência da vida é a melhor fonte de soluções. São pessoas com uma maneira muito própria e “criativa” de tratarem das suas necessidades, sem procurarem ajuda, não compreendendo ou valorizando sinais e sintomas das suas doenças e por isso não os têm em conta. Tendem a fazer uma avaliação “muito positiva” das suas condições de saúde, sentindo-se muito mais saudáveis que os outros. Negam o envelhecimento, não querendo pensar no futuro, mas sim, vivendo o dia-a-dia. Duvidam das recomendações dos profissionais de saúde e dos tratamentos que lhes são prescritos. Querem, quase sempre, ficar em casa, em vez de recorrerem aos serviços de saúde (ex. Hospital). Quando se equaciona a sua institucionalização (ex. Lar), desejam manter-se em casa para sempre, pois sentem que a casa é seu lugar mais seguro, mesmo que isso implique o isolamento social.

As pessoas com um perfil de autocuidado de *abandono* apresentam traços de impotência e falta de responsabilidade e capacidade de decisão. São pessoas que “já não se preocupam com eles próprios” e mostram vontade em desistir (da vida). Apresentam evidentes sentimentos de amargura e tristeza, fruto de uma história de vida marcada pela dor e o sofrimento. Normalmente, estas pessoas expressam um baixo nível de suporte social. Na realidade, sentem que (já) ninguém se importa com eles, que são inúteis e referem medo do futuro, desejando, muitas vezes, a morte. As pessoas com um perfil de autocuidado de abandono, muitas vezes, têm histórias de doenças graves, processos de luto disfuncional, em particular após a morte do cônjuge. Muitos destas pessoas, em particular as mais idosas evidenciam quadros de depressão.

Em 2001, Backman e Hentinen realizaram um novo estudo, longitudinal, numa abordagem quantitativa, sobre os factores que influenciam o autocuidado de idosos em atendimento domiciliar. As autoras pretendiam conhecer a forma como a capacidade funcional, a satisfação com a vida e a auto-estima se relacionavam com os perfis de autocuidado anteriormente estabelecidos, no estudo realizado em 1999. Para isso desenvolveram um instrumento capaz de, através de um painel de questões / itens, identificar o perfil de autocuidado dos participantes.

Os resultados encontrados evidenciaram que o autocuidado guarda relação com a capacidade funcional, auto estima e satisfação com a vida da pessoa. Os resultados do

estudo referido permitem inferir que o potencial da pessoa para lidar com as suas limitações poderá ter uma força maior que essa mesma limitação (física), ainda que a sua capacidade física esteja altamente comprometida. Na realidade, alguns indivíduos que têm capacidades físicas podem não se envolver na recuperação; outros, com menores capacidades físicas, esforçam-se por fazer, mesmo quando não podem funcionalmente e; existem ainda aqueles que podem (porque têm capacidade física), mas não querem.

Os resultados encontrados relativamente à capacidade funcional demonstraram que os indivíduos cujos perfis de autocuidado aderiam ao tipo *independente* mostravam ser mais independentes nas actividades de vida diária; ao invés, os casos que apresentavam um perfil de autocuidado de *abandono* tendiam a serem menos intensos na gestão e no envolvimento nas suas actividades da vida diária. Quase todos os participantes com posturas de autocuidado próximos dos perfis *formalmente guiado* ou *responsável* geriam as suas actividades da vida diária, embora com algumas dificuldades, facto que os levava a beneficiar ou a solicitar ajuda de outrem.

Quanto à satisfação com a vida, o estudo revelou que os idosos com posturas de *abandono* possuíam os níveis mais baixos de satisfação com a vida, o mesmo acontecendo em relação aos níveis de auto-estima.

Backman e Hentinen (2001) referem que a capacidade funcional dos idosos está fortemente relacionada com o autocuidado e esta relação é de duplo sentido: capacidade funcional tem um efeito sobre o autocuidado e vice-versa. Assim, um certo nível de capacidade funcional pode ser visto como um pré-requisito para o autocuidado e posturas face ao autocuidado que se distanciem do perfil de *abandono* sendo promotoras de maior capacidade funcional. Compreende-se, assim, que indivíduos com perfis de autocuidado *responsável* tendem a ter maior capacidade funcional e, quando a capacidade funcional dos idosos se mantém, estes tendem a evidenciar traços de autocuidado de perfil *responsável* ou mesmo *independente*.

Ancorados neste conhecimento, compreendemos que a capacidade funcional, a auto-estima e satisfação com a vida no indivíduo, bem como a sua postura face ao autocuidado são aspectos fulcrais para a prática clínica dos enfermeiros que cuidam de pessoas com diagnósticos inscritos no âmbito do autocuidado. É, assim, crucial que se compreenda o indivíduo com todos os seus condicionalismos, percebendo, neste quadro, que o seu perfil para o autocuidado pode influenciar o seu envolvimento na reestruturação ou reconfiguração da sua autonomia, permitindo-nos uma ajuda mais efectiva e duradoura,

por via de terapêuticas de enfermagem mais significativas e dirigidas à singularidade de cada cliente.

Reconhecendo o papel que o perfil de autocuidado dos clientes pode ter para a prática clínica, em 2007, realiza-se uma sequência de dois estudos (Rasanen, Backman e Kyngas na Finlândia, e Zeleznick na Eslovénia), com o propósito de testar o instrumento entretanto desenvolvido, com o intuito de identificar o perfil de autocuidado de idosos em atendimento domiciliário e factores que lhe estão associados. O instrumento desenvolvido na Finlândia passou por quatro fases, sendo a quarta a testagem em 200 idosos com cuidados domiciliários, numa amostra de conveniência, com idade superior a 75 anos. Este instrumento, contém uma parte prévia da descrição de dados sócio – demográficos do cliente (participante) e inclui uma escala, com 42 questões orientadas para a identificação do perfil de autocuidado do cliente (Anexo I). Inclui ainda outras escalas, como, por exemplo, a escala de auto – estima, que foram relacionadas com o perfil de autocuidado.

O estudo desenvolvido por Zeleznick (2007), cujo objectivo era descrever o autocuidado das pessoas idosas a viverem na Eslovénia e os factores ligados ao autocuidado, e ainda descrever as experiências dos idosos e a capacidade de gerirem a casa, apresenta resultados onde se relacionam a satisfação com a vida e a auto-estima com o perfil de autocuidado. A autora mostra-nos que o autocuidado é combinado com a capacidade funcional. Os resultados do estudo evidenciam que as pessoas que enfrentam as suas limitações funcionais, contrariando o declínio funcional a que estão sujeitas, tornam-se socialmente mais activas e mais satisfeitas com a vida, mostrando uma atitude positiva face ao autocuidado. Pessoas com um perfil de autocuidado do tipo responsável apresentam elevada auto estima e satisfação com a vida. A baixa auto-estima e o desânimo relacionam-se com pessoas com perfil de autocuidado do tipo abandono. No autocuidado de abandono, o indivíduo demonstra incapacidade de tomar medidas para impedir que as condições ou situações prejudiquem a sua segurança, recusando inclusive o apoio que lhes é dirigido. Para a autora, isto prende-se com as suas experiências passadas e visão do futuro.

Os resultados deste estudo revelaram ainda que as pessoas com autocuidado do tipo responsável e independente tendem a apresentar uma “orientação” interna (*Locus* de controlo interno), enquanto pessoas com autocuidado formalmente guiado e de abandono apresentam uma “orientação” externa (*Locus* de controlo externo).

Ora, é compreendendo o potencial de utilização do constructo - perfil de autocuidado - na prática clínica, que avançamos para esta investigação. Como já tivemos oportunidade de referir, lidamos diariamente com pessoas que experimentam situações de compromisso no autocuidado, com repercussão na sua (clientes) autonomia. Estes casos, quando pensamos para além da mera gestão dos sinais e sintomas das doenças (Silva, 2007), tornam-se verdadeiros desafios. Apesar de muitos dos “nossos doentes” apresentarem quadros de grande dependência e “limitado potencial de recuperação”, em particular funcional, muitos poderiam iniciar percursos orientados para ganhos mais efectivos na sua autonomia.

1.2.1. O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes

Ao situarmos o perfil de autocuidado dos clientes no âmbito dos factores pessoais que podem condicionar o curso das transições, tendemos a admitir que pessoas com perfis próximos, por exemplo, do abandono podem ser especialmente vulneráveis. Contudo, conforme se depreende dos resultados dos estudos já disponíveis e das características que permitem delimitar cada um dos perfis, constatamos que perfis do tipo independente e formalmente guiado, cada um à sua maneira, também colocam desafios muito concretos à acção terapêutica dos enfermeiros. O potencial que cada cliente encerra de manutenção ou reconstrução da sua autonomia, após eventos que lhe colocam problemas ao nível do autocuidado, será, acreditamos, muito condicionado pelo seu perfil de autocuidado.

A manutenção e/ou reconstrução da autonomia, na nossa opinião, fruto do contexto onde exercemos profissionalmente, devem ser consideradas como objectivos particularmente importantes no cuidado aos nossos clientes, na medida em que se percebe que os compromissos na autonomia vão influenciar negativamente a qualidade de vida.

Naik e colaboradores (2008) assumem que a autonomia da pessoa doente refere-se, essencialmente, à sua capacidade de deliberar e tomar decisões sobre os tratamentos (autonomia de decisão) e à capacidade para executar o plano de tratamento (autonomia de execução). Este segundo eixo do conceito está muito mais próximo do conceito de “capacidade funcional”. Para Beauchamp e Childress, autonomia encerra aspectos como:

independência (funcional), autoconfiança, auto-suficiência e capacidade de decidir sobre a sua vida (1989).

Para Proot e colaboradores (2000; 2002) vale a pena equacionar três dimensões no conceito de autonomia: autodeterminação, independência e autocuidado. A autodeterminação refere-se à capacidade de fazer escolhas e tomar decisões sobre a própria vida e à saúde. A independência inclui aspectos físicos (funcionais), psicológicos e sociais. Na esfera da independência situam-se questões como a planificação e organização da própria vida, contactos sociais e responsabilidades. O autocuidado, aqui “reduzido” a uma dimensão da autonomia, inclui capacidades como a mobilidade, a comunicação, a cognição e as actividades de vida diária necessárias ao normal funcionamento do indivíduo.

Neste quadro de delimitação do conceito de autonomia, importa salientar que a autonomia vai para além da capacidade funcional, incluindo aspectos centrados nas capacidades de decisão e assumpção de responsabilidades. Este último aspecto é muito interessante, na medida em que podemos, assim, ter clientes com grandes compromissos funcionais, mas com integridade das suas capacidades de decisão. Aqui inscrevem-se desafios à prestação de cuidado a “grandes dependentes”, por exemplo, naquilo que se reporta à preparação dos seus familiares cuidadores.

A promoção da autonomia e do autocuidado são prioridades para a enfermagem, na medida em que a promoção do autocuidado é fundamental para a promoção da saúde (Orem, 1991; Pender & Parsons, 2006). Olhar para os clientes como seres activos, que atribuem à sua saúde e situações de doença, percepções e significados, que tem percursos biográficos concretos e, acrescentamos nós, posturas distintas face ao autocuidado, poderá ser central para a promoção da autonomia (Hoogerduijn et al, 2006)

Na perspectiva de Orem (1995), o desafio de ajudar os clientes a promover o autocuidado exige que, *“(...) o enfermeiro deva procurar informações sobre como os clientes percebem a sua própria saúde e os significados que atribuem a esses estados”* (p.100), levando-a a ter percepções realísticas sobre o seu potencial de autonomia e controlo sobre sua própria vida, dirigindo-o a uma tomada de consciência das mudanças e diferenças e assim, levá-lo a *“... uma redefinição do sentido do eu no contexto social, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações no comportamento”* (Meleis, 2005, p. 470).

1.3. Justificação do estudo

Na sociedade actual, o envelhecimento da população e o surgimento de doenças crónicas são temas sobejamente conhecidos, bem como todas as necessidades que a eles estão agregadas. Ora, estas necessidades guardam uma forte relação com a enfermagem e os cuidados de enfermagem. Neste cenário, os enfermeiros e os cuidados que disponibilizam aos clientes podem ter um papel fundamental, ao promoverem o autocuidado, a preservação da autonomia ou a sua reconstrução.

Neste âmbito, o presente estudo, centrado na problemática do autocuidado, inscreve-se numa área central para a disciplina, na medida em que o autocuidado é essencial para o funcionamento humano (Orem, 1991, Proot et al, 1998).

A enfermagem é uma disciplina do conhecimento fortemente orientada para a prática (Meleis, 2005). Apesar de utilizar conhecimento gerado por outras ciências, a matéria-prima para gerar cuidado é também conhecimento próprio, gerado dentro dos seus limites ou domínios disciplinares (Pereira, 2009). Sendo o domínio, a perspectiva e o território da disciplina, inclui o objecto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina (Meleis, 2005). Podemos, assim, dizer que, “... o domínio da disciplina de enfermagem é delimitado por aspectos que ligam com a sua prática, formação, política e gestão” (Pereira, 2009,p.24).

Ancorados neste conhecimento, compreendemos o autocuidado como área ou conceito central da disciplina, pelo que urge gerar, aprofundar e refinar conhecimento sobre este foco, tendo em vista a sua aplicação na produção de cuidados que sejam significativos para as pessoas e que agreguem valor aos serviços de saúde.

É neste movimento que se situa o estudo que desenvolvemos.

Com base naquilo que fomos expondo, a propósito da influência que o perfil de autocuidado dos clientes pode ter na forma como estes lidam com quadros de compromissos funcionais e com os processos de integração de regimes terapêuticos complexos e duradouros no seu quotidiano, importa evoluir em estudos que nos permitam ter um discurso mais rigoroso acerca da problemática. Acreditamos que estudos focados no conceito de “perfil de autocuidado” podem ajudar-nos, no futuro, a integrar com maior propriedade o conceito e as suas variantes no processo assistencial aos clientes.

2. METODOLOGIA

A fase metodológica de uma investigação visa definir o desenho mais apropriado à concretização do estudo. Em termos de relatório, corresponde à exposição dos métodos utilizados na construção de um discurso em resposta às questões ou objectivos da investigação (Polit & Hungler, 1995; Gil, 1999). A delimitação do método, a definição da população e amostra, a selecção das técnicas de recolha de dados, assim como a análise dos dados, correspondem a decisões importantes, na medida que asseguram a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 1999).

Este capítulo parte da explicitação da finalidade e objectivos do estudo, para, após, dar conta do seu desenho, da população e amostra e dos procedimentos de recolha e análise dos dados. Face à natureza dos procedimentos de recolha de dados, aprofundaremos as questões relativas à validade e fidelidade dos instrumentos de recolha de dados.

2.1. Finalidade e objectivos

Ao longo da problemática por nós explanada, delimitamos o domínio em que nos situamos - perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador da reconstrução da autonomia dos clientes. Este domínio problemático tem sido alvo de um crescente interesse da investigação focada no autocuidado, em particular com uma série de estudos em curso na ESEP, iluminados pela perspectiva teórica das transições com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000).

É com base no reconhecimento da eventual importância que este constructo – perfil de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999; 2001) – pode ter para a compreensão das transições que os clientes vivenciam e que lhes colocam desafios em termos de autocuidado, que somos animados para este estudo. Assumimos que o conhecimento mais

aprofundado dos perfis de autocuidado e daquilo que lhe está associado poderá ser um elemento que contribua para cuidados mais significativos e personalizados. Assim, este estudo visa:

Reconhecer o perfil de autocuidado que os clientes internados na unidade de medicina do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) evidenciam.

Este estudo, em última instância, pretende, ainda, contribuir para o aprofundamento desta problemática, concorrendo, tal como outros estudos em curso na ESEP, para o aumento do nosso conhecimento e compreensão do fenómeno. Ao aumentarmos o conhecimento disponível sobre um “factor” com potencial de influenciar a forma como os clientes vivem as transições, estaremos, ainda que por via indirecta, a criar condições para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Naquilo que se reporta ao estudo aqui relatado, foram delineados os seguintes objectivos de investigação:

- Identificar os perfis de autocuidado predominantes.
- Descrever o perfil de autocuidado dos participantes.

De acordo com Fortin (1999), os objectivos devem indicar de forma clara o propósito que o investigador persegue, decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual, e determinam, em grande medida, as outras etapas do processo de investigação.

2.2. Desenho do estudo

É propósito geral da investigação responder a questões / objectivos ou resolver problemas (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995). Neste âmbito, as opções metodológicas tomadas foram dirigidas pela finalidade e objectivos do estudo.

O estudo realizado foi um estudo inscrito num paradigma quantitativo, de perfil exploratório e descritivo, com carácter transversal, o que nos permitiu identificar e descrever os perfis de autocuidado dos participantes. Tratou-se de um estudo muito focado nas regularidades e aspectos característicos da amostra, muito mais que em aspectos exemplares. A opção por este desenho, para além de ter sido ditada pelos objectivos, permitiu-nos aumentar o potencial de comparabilidade dos resultados com outros estudos

já disponíveis (Polit, Beck e Hungler, 2004), que utilizaram desenhos equivalentes (Zelevnik (2007; Sequeira, 2011).

Os estudos descritivos têm como propósito essencial descobrir, observar e documentar os aspectos de um fenómeno, que ocorre no seu contexto natural, podendo haver o estabelecimento de relações entre as variáveis em jogo (Polit, Beck e Hungler, 2004). A exploração de relações e associações de variáveis são um recurso que visa obter uma representação mais completa do fenómeno estudado (Fortin, 1999). A dimensão transversal do estudo, tal como referem Polit e Hungler (1995), deriva do facto da colheita de dados dizer respeito a um único momento.

2.3. Variáveis em estudo

Uma variável é por definição uma qualidade, característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia e é estudada numa investigação (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995). A designação da tipologia das variáveis em estudo é muito dependente dos desenhos e das escolas de pensamento em que se inscrevem os investigadores. Neste relatório, optámos por falar em variáveis de *“atributo”*; para designar as que nos permitem caracterizar cada um dos casos em estudo e, variáveis *“em estudo”*, *“principais”* ou, para alguns autores, *“dependentes”* quando nos referimos aos conceitos centrais em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004). O quadro seguinte dá conta das variáveis incluídas no estudo.

TABELA 1: Variáveis incluídas no estudo

Variáveis	Tipo	Valores
Sexo	Qualitativa, Nominal, dicotómica	Masculino / Feminino
Idade	Quantitativa	Em anos completos
Estado civil	Qualitativa, Nominal	Casado(a) / Em união de facto Solteiro(a) Viúvo(a) Divorciado(a)
Escolaridade	Quantitativa	Em anos completos
Actividade Profissional	Qualitativa, Nominal	Trabalhador (a) activo(a) Reformado(a) Desempregado(a)
Itens relativos ao Nível de dependência (por domínio de Autocuidado)	Qualitativa, Ordinal	1 - Dependente não participa 2 - Necessita de ajuda de pessoas 3 - Necessita de ajuda de equipamento 4 - Completamente independente
Compromissos nos Processos Corporais (Úlceras pressão; Desidratação...)	Qualitativa, Nominal dicotómica	1-Sim 2- Não
Itens relativos ao “Perfil de Autocuidado” (42 questões)	Qualitativa, Ordinal	1 - Discordo Totalmente 2 - Discordo Parcialmente 3 – Não concordo nem Discordo 4 - Concordo Parcialmente 5 - Concordo Totalmente

As variáveis de atributo, como vimos, permitem-nos traçar um perfil dos casos que compõem a amostra; quer em termos sócios – demográficos (sexo; idade; estado civil...), quer naquilo que se refere ao seu nível de dependência nos diferentes domínios do Autocuidado como: *Alimentar-se, Higiene, Transferir-se*, entre outros (ICN, 2006; 2011). Para efeitos desta avaliação do tipo e nível de dependência em cada um dos diferentes domínios do Autocuidado, recorreu-se a um instrumento desenvolvido na ESEP (Anexo II), integrado em vários estudos de investigação, com a coordenação do Prof. Abel Paiva e Silva e Prof. Alice Brito e utilizado pela primeira vez por Duque (2009). O referido instrumento, já amplamente utilizado noutros estudos em curso, apresenta elevados níveis de validade e fidelidade, naquilo que se reporta às várias (sub) escalas que inclui, cada uma relativa a um daqueles domínios específicos de autocuidado. Cada um dos indicadores / itens das diferentes (sub) escalas concretiza-se num *score* que varia desde “*Dependente não participa*” (*score* 1) até “*Completamente independente*” (*score* 4). Para além da caracterização sócio – demográfica dos participantes e do seu nível de dependência no autocuidado, foram incluídas variáveis relativas à existência de compromissos nos Processos Corporais (ICN, 2006; 2011); referimo-nos a aspectos como: *Úlceras de pressão; Rigidez articular; Desidratação...*

Como vimos, o conceito central em estudo diz respeito ao perfil de autocuidado dos participantes; o que corresponde à “*variável em estudo*” ou “*principal*”. Esta variável, como veremos com maior propriedade adiante, obtém-se com base num instrumento – formulário – que é composto por um conjunto de 42 questões (Backman & Hentinen, 1999; 2001), com respostas numa escala de Likert de cinco (5) pontos, que variam desde “*Discordo totalmente*” (score 1) até “*Concordo totalmente*” (score 5).

2.4. População e amostra

A população em estudo pode ser definida como o grupo de sujeitos (casos) que partilham características comuns (definidas por critérios de interesse para a investigação); enquanto a amostra corresponde a um subconjunto dessa mesma população (Fortin, 1999). Neste estudo, a população corresponde ao conjunto de todos os clientes com episódios de internamento, ocorridos entre o dia 2 de Janeiro e o dia 31 de Março de 2011, no âmbito do Departamento de Medicina do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) - Unidade Padre Américo (UPA).

A amostra que sustenta este estudo é uma amostra não probabilística, de conveniência, pois envolve a selecção, de entre toda a população, dos casos “mais” acessíveis (Hicks, 2006). Pode dizer-se que é uma amostra por critério temporal, na medida em que a colheita de dados se limitou a um período bem definido. Estes tipos de amostra, para efeitos de inferência para a população de origem, encerram várias limitações. Normalmente, são usados em estudos mais circunscritos, com carácter mais exploratório. Nas amostras de conveniência o investigador parte para o estudo com a certeza que os casos que irão compor a amostra são aqueles que for possível obter, com base nos critérios de inclusão que definir (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Os critérios utilizados para a selecção dos participantes foram:

- Pessoas internadas no departamento de medicina do CHTS-UPA, no período de 2 de Janeiro a 31 de Março de 2011;
- Pessoas maiores de 18 anos;
- Pessoas sem evidência de défices cognitivos;
- Pessoas com capacidades de comunicação verbal íntegras;

- Pessoas com domínio da língua portuguesa;
- Pessoas que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informadas.

A idade mínima dos nossos participantes que foi definida foi de 18 anos, uma vez que era nosso propósito desenvolver o estudo com adultos, apesar dos estudos originais que nos servem de referência terem sido desenvolvidos em pessoas com mais de 75 anos. Os critérios que adoptámos, para além de nos permitirem perceber da utilidade do instrumento de avaliação do perfil de autocuidado em pessoas, eventualmente, mais jovens, dada a natureza do departamento onde foi feito o estudo, como se percebe da análise das características da nossa amostra, não invalida que os casos sejam maioritariamente pessoas “idosas”. Como os instrumentos de recolha de dados assentam em formulários, exige-se que os participantes não apresentem défices cognitivos e dominem a língua portuguesa.

2.4.1. Plano de amostragem

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a amostragem diz respeito ao conjunto dos processos e procedimentos de selecção da parte (sub conjunto) da população que “representa” a sua totalidade. É certo, como vimos, que o poder de representatividade das amostras está dependente do plano de amostragem. Na perspectiva de Fortin (1999), as questões relativas aos procedimentos de amostragem são fortemente influenciados por aspectos que derivam dos objectivos da investigação, do seu âmbito, dos recursos disponíveis e, por exemplo, de condicionalismos temporais. Tendo em consideração os limites de tempo a que somos sujeitos para a realização do mestrado, optámos por uma amostra de conveniência, recorrendo, assim, a um grupo de casos (pessoas) que se encontravam disponíveis, sem termos a preocupação de obter uma amostra com preocupações de clara representatividade da população.

Dada a natureza dos instrumentos adoptados, o número de variáveis em estudo e as possibilidades de “resposta” (valores), iluminados pelos pressupostos do “teorema do limite central” (Spiegel, 1993; Pestana & Gageiro, 2005), tínhamos a intenção de obter uma

amostra com cerca de 200 casos. Contudo, como veremos adiante, face às nossas contingências temporais, só fomos capazes de reunir 161 casos.

Com base nos critérios de inclusão que definimos, todos os hipotéticos participantes eram contactados por nós, sendo-lhes dada a possibilidade de poderem aconselhar-se com os seus familiares ou significativos. Cada caso só foi contactado depois de, no nosso juízo, a sua situação fisiopatológica já estar estabilizada. Estes factos ditaram que, na sua grande maioria, as entrevistas só foram realizadas próximo do dia da alta. Quando os clientes não estavam internados no nosso serviço específico, o contacto era estabelecido, depois dos enfermeiros responsáveis entenderem que existiam condições para a realização da entrevista. Tendencialmente, as entrevistas foram realizadas junto da unidade do cliente, para além de todas elas terem sido realizadas por nós (autora do estudo).

Explicada a natureza do estudo e obtido o consentimento livre e informado dos participantes, todas as entrevistas foram, ainda, precedidas de uma breve avaliação dos processos mentais superiores (critério de inclusão na amostra), com base em indicadores que dominamos e fazem parte da NOC - Nursing Outcomes Classification -, classificação da autoria de Johnson, Maas e Moorhead (2004). Os critérios utilizados foram: capacidade de processar informação; concentração e memória.

Em função dos procedimentos descritos, tivemos muita dificuldade em incluir na amostra clientes com “altas não programadas”; muitos deles com claros critérios para participarem no estudo. Assim, muitos casos foram “perdidos”.

Depois de termos discutido os aspectos relativos à amostra, consideramos adequado evoluir na sua caracterização.

2.4.2. Caracterização da amostra

A amostra estudada corresponde a 161 pessoas que, durante o período de recolha de dados, estiveram internadas no departamento de medicina do HPA e reuniam os critérios definidos para o estudo. Como vimos, cada um dos participantes foi caracterizado em função de um conjunto de variáveis sócio – demográficas e um conjunto de aspectos relativos à (actual) “condição de saúde”. A condição de saúde incluía questões relativas a

fenómenos inscritos no domínio dos compromissos nos processos corporais (úlceras de pressão; rigidez articular; desidratação; quedas...) e questões centradas no nível de dependência no autocuidado (higiene, alimentar-se; vestir-se e despir-se...). Esta opção foi ditada pelo facto de os estudos realizados na Finlândia e na Eslovénia terem colocado em evidência relações entre o “estado funcional” e o perfil de autocuidado dos clientes. A informação relativa às variáveis que nos permitiram caracterizar os participantes, em termos de condição de saúde, são aspectos que fazem parte do quotidiano dos serviços onde realizámos o estudo. Esta circunstância facilitou a obtenção de tais dados, para além de contribuir para a sua fiabilidade, na medida em que são dados que não foram observados, apenas, para efeitos da investigação.

2.4.2.1. *Caracterização sócio-demográfica da amostra*

O perfil sócio-demográfico dos participantes, em função da idade e da escolaridade ou formação, encontra-se exposto na tabela 2, tomando em consideração medidas de tendência central e dispersão.

TABELA 2: Caracterização da amostra em função da idade e da escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Idade	32	94	70,21	74	73	11,93
Formação	0	12	2,61	0	3	2,19

A média de idade dos participantes é aproximadamente 70 anos, com um desvio padrão de cerca de 12 anos. O participante mais jovem tinha 32 anos e mais velho 94 anos. Metade dos participantes tinha mais de 73 anos de idade e o valor mais frequentemente observado foi de 74 anos. Nos estudos de Rasanen, Backman e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007), as médias de idades encontradas foram superiores (na ordem dos 82 anos), na medida em que, naqueles dois estudos, o limite mínimo de idade admitido como critério de inclusão na amostra foi 75 anos. Contudo, também no nosso estudo, a grande maioria dos participantes eram idosos.

Quando analisamos a nossa amostra em função da escolaridade, deparamo-nos com uma grande maioria com apenas 4 anos de formação escolar (90,1%). Para além disso, 29.8% dos casos não tinha qualquer formação escolar. As medidas de tendência central desta variável acabam por reforçar aquilo que descrevemos. Em média, os nossos

participantes tinham 2,61 anos de escolaridade, com um valor de moda de zero (0) anos. Estes resultados alinham com o panorama da realidade da escolaridade da população portuguesa, com mais de 65 anos (INE, 2001). Os nossos resultados são bastante diferentes dos reportados nos estudos finlandeses e eslovenos, onde a formação escolar é significativamente mais elevada (Rasanen, Backman & Kyngas, 2007; Zeleznik, 2007).

A tabela 3 caracteriza a nossa amostra em função de variáveis como: a área de residência, o sexo, o estado civil, a actividade profissional, a residência ou local onde a pessoa vive e com quem vive. Dado o nível de mensuração das variáveis, os dados são tabelados com base nas frequências absolutas e relativas e o somatório (acumulado) das frequências relativas.

TABELA 3: Caracterização da amostra em função das variáveis sócio-demográficas (nominais)

Variáveis sócio – demográficas (nominais)	N	(%)	Σ (%)
Área de residência			
Área urbana (Vila, Cidade)	39	24,2%	24,2
Área rural (Aldeia)	122	75,8%	100 %
Sexo			
Masculino	89	55,3%	55,3
Feminino	72	44,7%	100 %
Estado civil			
Casado(a) / em união de facto	102	63,3 %	63,4%
Solteiro(a)	8	5 %	68,3 %
Viúvo(a)	46	28,6 %	96,9 %
Divorciado(a)	5	3,1 %	100 %
Actividade profissional			
Trabalhador(a) activo(a)	21	13 %	13 %
Reformado(a)	134	83,3 %	96,3 %
Desempregado(a)	6	3,7 %	100 %
Residência / Local onde vive			
Casa	160	99,4%	99,4 %
Instituição (Lar e similares)	1	0,6 %	100 %
Com quem vive			
Sozinho(a)	15	9,4 %	9,4 %
Com cônjuge/ companheiro(a)	39	24,4 %	33,8 %
Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos(as)	63	39,3 %	73,1 %
Com filhos(as)	36	22,5 %	95,6 %
Com outros familiares	6	3,8 %	99,4 %
Com amigos(as)	1	0,6 %	100 %

Dada a área de afluência do CHTS ser maioritariamente rural, era de esperar que a grande percentagem dos participantes do nosso estudo fosse residente numa área rural, facto que acabou por se concretizar. Quanto ao sexo, temos uma distribuição percentual equivalente, com uma ligeira supremacia do sexo masculino (55,3%).

A maioria dos casos que compõem a nossa amostra eram pessoas casadas ou em união de facto (63,4 %). Este facto concorre para que só 9,3% dos participantes vivessem sozinhos, aspecto que, de alguma forma, pode ser produto da “ruralidade” que predomina, quando se equaciona a área de residência.

Dado o perfil etário da amostra, quando analisamos a actividade profissional dos nossos participantes, percebemos que a grande maioria era reformada (83,2%).

Nos estudos que nos servem de referência, o perfil sócio-demográfico dos participantes apresenta algumas diferenças com os resultados do nosso estudo. A maioria dos casos era do sexo feminino (chegando mesmo a valores próximo dos $\frac{3}{4}$); correspondendo a viúvas (estudo Finlandês), com uma distribuição semelhante pelas áreas urbanas ou rurais. Em termos de residência, tal como no nosso estudo, a grande maioria dos participantes estava em casa.

2.4.2.2. Caracterização da amostra em função do nível de dependência no autocuidado

A caracterização dos nossos participantes relativamente ao nível de dependência, realizou-se, tendencialmente, no momento que antecedeu à alta, com recurso à observação directa, com base no “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado” (Duque, 2009). Pontualmente, algum dado que julgássemos necessário era consultado nos registos clínicos de enfermagem. A facilidade de obter esta informação derivou da nossa familiaridade com o instrumento e a qualidade dos sistemas de informação de enfermagem, em uso no serviço.

Cada um dos itens / indicadores que compõem as diferentes escalas de avaliação do tipo e nível de dependência no autocuidado concretiza-se numa escala de Likert, do tipo:

- **“Dependente não participa”** (score 1) – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a actividade em análise.
- **“Necessita de ajuda de pessoa”** (score 2) – cliente que realiza (inicia e / ou completa) a actividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;
- **“Necessita de equipamento”** (score 3) – cliente que é capaz de realizar a actividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;

- **“Completamente independente”** (*score* 4) – cliente que, sem qualquer tipo de ajuda, realiza a actividade em análise.

A título de exemplo, de forma a compreender o procedimento adoptado, expomos na tabela seguinte os resultados verificados, na nossa amostra, face a cada item específico do domínio do autocuidado: Tomar Banho. A escala comporta nove indicadores / actividades específicas, em que cada caso é classificado em função do seu nível de dependência. Os resultados reportam-se apenas a 146 participantes, uma vez que não foi possível aplicar o instrumento a 15 casos, por condicionantes como “altas imprevistas e muito rápidas”. Como não podia deixar de ser, não retínhamos as pessoas, apenas para “colher dados”.

TABELA 4: Caracterização da amostra quanto à dependência para “Tomar banho”

Indicadores	Dependente não participa (<i>score</i> 1)	Necessita de ajuda de pessoa (<i>score</i> 2)	Necessita de Equipamento (<i>score</i> 3)	Completamente Independente (<i>score</i> 4)	Global
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
Entra e sai do chuveiro	2 (1,4%)	40 (27,4%)	9 (6,2%)	95(65%)	146
Obtém objectos para o banho	1 (0,7%)	21 (14,4%)	3 (2,1%)	121 (82,8%)	146
Consegue água	1 (0,7%)	15 (10,3%)	0	130 (89%)	146
Abre a torneira	1 (0,7%)	10 (6,8%)	0	135 (92,5%)	146
Regula a temperatura da água	1 (0,7%)	11 (7,5%)	0	134 (91,8%)	146
Regula o fluxo da água	1 (0,7%)	11 (7,5%)	0	134 (91,8 %)	146
Lava-se no chuveiro	2 (1,4%)	33 (22,6%)	2 (1,4%)	109 (74,6%)	146
Lava o corpo	1 (0,7%)	39 (26,7%)	3 (2,1%)	103 (70,5%)	146
Seca o corpo	2 (1,4%)	40 (27,4%)	1 (0,7%)	103 (70,5%)	146
Global	1 (0,7%)	53 (36,3%)	3 (2,1%)	89 (61%)	146

Da leitura da tabela, podemos perceber o tipo e nível de dependência dos casos estudados, no que se refere ao tomar banho, tendo em consideração os diferentes indicadores / itens da escala. Importa esclarecer a forma como evoluímos para o cálculo do “Nível global de dependência” para tomar banho, informação disponível na última linha da tabela.

Tendo como suporte o estudo de Duque (2009), identificaram-se critérios para categorizar os níveis globais de dependência de um indivíduo em cada tipo de autocuidado. Assim, reconhecidos os itens “não nulos”, foram definidos, sequencialmente, critérios para determinar o nível global de dependência. Assim, na globalidade, consideramos:

- **a) Dependente, não participa** – casos que obtiveram *score* 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- **b) Completamente independente** – casos que obtiveram *score* 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- **c) Necessita de equipamento** – dos casos que não foram categorizados nas categorias anteriores; aqueles que só “Necessitam de Equipamento”; ou seja: casos que só apresentam (nos diferentes itens) *scores* > 2; podendo em alguns dos itens terem *score* 4.
- **d) Necessita de ajuda de pessoa** – os restantes casos. Quer isto dizer: casos que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Assim, trata-se de clientes que, em pelo menos um dos itens em apreço, necessitam de ajuda de pessoas.

Em função do exposto, constatamos que a maioria dos casos avaliados, quanto à dependência para tomar banho, era completamente independente. O número de casos com níveis significativos de dependência para tomar banho – “dependente não participa” (1 caso) ou “necessita de pessoa” (53 casos) – correspondia a 1/3 da amostra. O número de clientes que só necessitavam de equipamentos para realizar as actividades do autocuidado tomar banho era bastante reduzido.

Abordados os aspectos relativos à especificidade do autocuidado tomar banho, que tomamos por exemplo, estamos em condições de avançar para a caracterização geral da amostra, quanto à dependência nos vários domínios do autocuidado.

Na tabela seguinte expomos os níveis globais de dependência da nossa amostra, face a cada autocuidado, avaliados com base nos critérios expostos anteriormente.

TABELA 5: Caracterização da amostra quanto à dependência nos diferentes domínios do autocuidado

Tipo de Autocuidado	Dependente, não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)	Total
Tomar banho	1 (0,7%)	53 (36,3%)	3 (2,1%)	89 (60,9%)	146
Vestir-se / Despir-se	0	58 (39,7%)	3 (2,1%)	85 (58,2%)	146
Alimentar-se	0	48(32,9%)	0	98 (67,1%)	146
Arranjar-se	0	48(32,9%)	0	98 (67,1%)	146
Cuidar da higiene pessoal	0	25 (17,1%)	0	121 (82,9%)	146
Auto-elevar-se	0	11 (7,5%)	11 (7,5%)	124 (85%)	146
Usar o sanitário	0	37 (25,3%)	3 (2,1%)	106 (72,6%)	146
Transferir-se	0	22 (15,1%)	10 (6,8%)	114 (78,1%)	146
Virar	0	8 (5,5%)	0	138 (94,5%)	146
Usar cadeira de rodas	0	19 (70,4%)	0	8 (29,6%)	27

Na análise desta tabela, percebemos que a maioria dos casos que compuseram a nossa amostra eram “completamente independentes”, com excepção do autocuidado usar cadeira de rodas, que representa um aspecto particular, onde também só foram avaliados 27 casos. Estes eram clientes que necessitam de ajuda de outros para utilizarem a cadeira de rodas.

Estes níveis globais de dependência nos diferentes domínios do autocuidado, com valores percentuais reduzidos, naquilo que se reporta à maior intensidade da dependência (Dependente não participa e Necessita de equipamento) derivará do facto de só admitirmos para a amostra pessoas que não apresentassem défices cognitivos. A nossa experiência clínica, no âmbito do departamento onde foi realizado o estudo, diz-nos que os casos com níveis mais intensos de dependência no autocuidado tendem a ser aqueles com compromissos nos processos cognitivos ou da consciência.

Por tudo o que fomos expondo, relativamente à caracterização da amostra, sucintamente, podemos dizer que os participantes no nosso estudo eram pessoas idosas e reformadas, a viver em meio rural. Maioritariamente, estas pessoas, viviam em casa, na companhia de cônjuge/ companheiro e / ou dos filhos. Para além disso, eram pessoas completamente independentes nos diferentes domínios do autocuidado.

2.4.2.3. *Caracterização da amostra em função da ocorrência de compromissos nos processos corporais*

À partida para o estudo, assumimos que a ocorrência de alguns compromissos nos processos corporais (ICN, 2011), tais como as úlceras de pressão, as quedas ou a desidratação fossem aspectos relevantes na caracterização da condição de saúde dos casos, também porque podiam ser elementos com alguma associação ou “efeito condicionador” na postura face ao autocuidado dos participantes. Esta nossa visão foi enformada pelo conceito de “capacidade funcional” utilizado por Rasanen, Backman e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007).

Dos 161 casos que compõem a nossa amostra apenas se verificou um (1) caso com “sinais aparentes de desidratação” e outro caso com “úlceras de pressão”.

Quanto ao número de quedas no último mês, encontramos 24 casos que referiram ter sofrido, pelo menos, uma queda nos últimos 30 dias. Os casos com, pelo menos, uma articulação com anquilose corresponderam a 48 pessoas.

TABELA 6: Caracterização da amostra em função do Nº Quedas e Nº de Anquiloses

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Quedas	24	1	9	1,96	1	1	1,78
Anquiloses	48	1	8	2,91	2	2	1,71

Em linha com aquilo que descrevemos relativamente à dependência no autocuidado; em traços gerais, podemos dizer que os nossos participantes não tinham condições de saúde marcadas por grandes compromissos das suas capacidades mínimas de funcionamento, apesar de existirem casos com alguns compromissos nos processos corporais e níveis de dependência no autocuidado com alguma relevância.

2.5. Procedimentos de recolha de dados

Por aquilo que fomos expondo ao longo deste capítulo, percebe-se que o material que está na base da investigação aqui relatada resulta da aplicação de um formulário que incluiu dados sócio – demográficos, um instrumento de avaliação do tipo e nível de

dependência nos diferentes domínios do autocuidado e um instrumento, com 42 questões, focado na descrição do perfil de autocuidado dos participantes.

O instrumento que nos permitiu avaliar o tipo e nível de dependência de cada um dos casos da amostra corresponde, no essencial, àquele que foi desenvolvido na ESEP, por um grupo de docentes de onde se destaca o Prof. Abel Paiva e Silva e a Prof. Maria Alice Brito, e utilizado pela primeira vez por Duque (2009). Em rigor, o instrumento a que nos referimos, diz respeito a 10 (sub) escalas, cada uma com um conjunto de itens / indicadores. Os estudos de Duque (2009) e de Silva (2011), um em ambiente hospitalar e o outro em ambiente comunitário, colocaram em evidência a robustez do instrumento. Com base nos resultados apurados nos dois estudos referidos foi possível verificar a facilidade de uso das (sub) escalas, a sua utilidade clínica, bem como a sua elevada fidelidade.

O conjunto de 42 questões centradas na descrição do perfil de autocuidado corresponde a uma escala específica do “Self-Care of Home Dwelling Elderly - SCHDE” (Rasanen, Backman e Kyngas, 2007). A versão que usámos resulta do processo de tradução da versão em inglês para português, realizada por um grupo de docentes da ESEP, a partir da versão de Zelznick, tal como sugerido pelas autoras originais. A versão obtida foi utilizada num primeiro estudo, realizado por Sequeira (2011). Os resultados deste estudo, em termos de fidelidade, revelaram valores de consistência interna, à semelhança dos estudos originais, que podem ser considerados como “razoáveis”.

O uso de questionários ou formulários é uma estratégia frequente em estudos em que se procura descrever regularidades e perceber tendências, a partir da opinião, perspectiva, percepção ou experiência dos participantes. No particular dos formulários, a sua utilidade radica, também, no facto de permitirem o envolvimento no estudo de participantes com limitações na leitura e / ou escrita (Polit, Beck e Hungler, 2004). Em paralelo, os formulários permitem ao investigador certificar-se que o inquirido percebeu as perguntas, clarificar sentidos, para além de economizar tempo no registo dos dados (Marconi & Lakatos, 2002). Estas características são especialmente relevantes em estudos com idosos, ainda mais quando os seus níveis de literacia são reduzidos, como no caso da população portuguesa.

2.5.1. Escala de identificação e descrição do “perfil de autocuidado”

A versão inglesa do SCHDE foi-nos disponibilizada pelas autoras finlandesas, que a utilizaram como “versão intermédia” entre o finlandês e o esloveno. Assumimos que este poderá ser um factor que introduz algum viés no instrumento de descrição do perfil de autocuidado que utilizamos. Os resultados por Zeleznick (2007), a nível de consistência interna da escala foram ao encontro dos resultados anteriormente obtidos por Backman e Hentinen (2001). O valor de α de Cronbach apurado situou-se na ordem dos 0,75; valor que consideramos aceitável.

Como vimos, a escala de identificação e descrição do perfil de autocuidado (Anexo III) incorpora 42 questões / itens, com cinco possibilidades de resposta, concretizados numa escala de Likert de 5 pontos (“Discordo totalmente”; “Discordo parcialmente”; “Não concordo nem discordo”; “Concordo parcialmente”; “Concordo totalmente”).

2.5.2. Validade e Fidelidade da escala de identificação e descrição do “perfil de autocuidado”

É certo que este nosso estudo não se trata de uma abordagem metodológica. Contudo, importa considerar as questões relativas à validade e fidelidade dos instrumentos utilizados, aspecto que concorre de forma decisiva para o valor da investigação (Hill & Hill, 2000), especialmente nos estudos que usam questionários / formulários.

No particular da(s) escala(s) de avaliação do tipo e nível de dependência no(s) autocuidado(s), em linha com os estudos de Duque (2009) e Silva (2011), os valores de α de Cronbach apurados (na ordem dos 0,90) podem ser considerados como “muito bons” (Pestana & Gageiro, 2005). As questões da validade das referidas escalas estão amplamente discutidas nos dois estudos que referimos, onde se demonstra a robustez do instrumento. Neste ponto interessa-nos discutir com maior profundidade as questões da validade e fidelidade da escala de identificação e descrição do perfil de autocuidado, dado este constructo representar o núcleo do nosso estudo e tratar-se de um instrumento que “começa agora ser incorporado na investigação que se faz na ESEP”.

A validade refere-se à capacidade do instrumento avaliar aquilo que propõe a medir (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2000; Polit, Beck e Hungler, 2004). Existem três tipos de validade que podem ser consideradas: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade relacionada com critério (Hill & Hill, 2000).

A validade de conteúdo fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representarão adequadamente o conteúdo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Assim, é utilizada para apreciar o quanto os conceitos em estudo foram bem operacionalizados. No fundo, esta dimensão da validade, visa responder à questão: *“O instrumento cobre integralmente o(s) conteúdo(s) que pretende medir?”*. A construção original da escala foi suportada por estudos que visaram e potenciaram sua a validade de conteúdo (Backman & Hentinen, 1999; 2001). Normalmente, a validade de conteúdo é aferida através de processos, essencialmente, de cariz qualitativo. No entanto, é possível uma abordagem quantitativa, através do cálculo da percentagem de concordância entre um painel de peritos (Fortin, 2003). A validade de conteúdo neste nosso estudo realizou-se numa abordagem do tipo qualitativo, na medida em que nos suportamos nos estudos anteriormente realizados por Backman e Hentinen (1999; 2001), assim como na opinião de todos os docentes da ESEP envolvidos em estudos (de Doutoramento) que utilizam o conceito de *“perfil de autocuidado”* nas suas investigações. Neste contexto, admitimos que o instrumento utilizado é capaz de descrever os perfis de autocuidado, nos termos em que o constructo emergiu das investigações realizadas, originalmente, por Backman e Hentinen.

A validade de constructo está relacionada com uma estrutura teórica de medição do fenómeno que permita a existência de uma medida (operacionalização do constructo). Para Polit e Hungler (1995), este é um dos trabalhos mais difíceis e desafiantes para o investigador, uma vez que implica a existência de uma estrutura teórica substantiva que defina / delimite o próprio constructo. Os estudos que nos servem de referência (Backman & Hentinen, 1999; 2011) colocaram em destaque o carácter de construção biográfica dos perfis de autocuidado, bem como a compreensão do fenómeno através da adesão (“concordância”) dos participantes a determinadas “ideias / posicionamentos” (itens específicos do instrumento). O processo de avaliação da validade de constructo contempla três aspectos principais: a) verificação do domínio do conteúdo da medida; b) determinação da estrutura de inter-relação entre as variáveis ou itens observados (questões), verificando se estas medem coisas iguais (convergência dos itens) ou diferentes, recorrendo inclusive à análise da estrutura factorial do instrumento e; c) análise das

propriedades de medida / descrição, verificando se os resultados obtidos, através da utilização do instrumento, são consistentes com o modelo teórico de base (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Os resultados existentes dos estudos desenvolvidos com o instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado, são ainda escassos, embora nos pareçam animadores (Zelevnick, 2007; Sequeira, 2011). Como veremos no capítulo da apresentação e discussão dos nossos resultados, a estrutura factorial que emerge e a consistência dos resultados obtidos com a teoria de base sustentam a validade de constructo da escala de descrição dos perfis de autocuidado. Contudo, continuamos a defender que há a necessidade de desenvolver novas abordagens de pesquisa que contribuam para o refinamento das questões; embora, em termos de estrutura teórica original, as bases de onde se parte serem válidas.

A validade de critério determina que, conhecendo (à partida) como se comporta, face a determinado critério, por exemplo, um grupo de participantes, é possível verificar o potencial de descrição do fenómeno, através do instrumento em análise (Polit & Hungler, 1995). Aqui, dada a novidade da escala de descrição dos perfis de autocuidado, à partida, parece-nos difícil definir o critério que nos serve de referencial para avaliar esta dimensão da validade. Com efeito, a validade relacionada com um critério, muitas vezes é estimada através de um processo de “validade simultânea ou concorrente”. Para isso, muitos investigadores usam outras escalas de avaliam o mesmo constructo, optando, quase sempre, por utilizar o “*golden standard*”.

Em síntese, assume-se que a estrutura teórica que suporta a escala é robusta e os itens que correspondem ao seu conteúdo são válidos. Neste quadro, importa considerar as questões relativas à fidelidade da escala.

A fidelidade de um instrumento de medida permite-nos avaliar a sua qualidade e adequação. Um instrumento é seguro se a sua medida reflecte, de forma precisa, os “verdadeiros valores” do atributo em estudo. Para Polit e Hungler (1995), “... *uma medida segura é aquela que maximiza o factor real e minimiza o factor erro*” (p.372). Uma escala é fiável quando permite obter, em situações semelhantes, resultados, também eles, semelhantes. Sendo claro que pode existir “erro atribuível ao acaso”, a fidelidade traduz-se sob a forma de um coeficiente de correlação. Este, quanto mais próximo do valor “1,00” melhores indicações nos dá acerca da precisão do instrumento.

Existem vários métodos para avaliar a fidelidade ou precisão de um instrumento. A opção por cada um dos referidos métodos é influenciada pela natureza do instrumento e a

forma como ele é utilizado. Por exemplo, quando se trata de um instrumento que visa avaliar os mesmos sujeitos em dois momentos distintos, será adequado recorrer ao “Teste-reteste” ou factor de estabilidade temporal. Quando se pretende avaliar a concordância entre diferentes observadores de uma “mesma realidade”, opta-se por outra metodologia, mais focada na harmonização das medidas dos diferentes observadores. A consistência interna é uma metodologia adequada quando se utilizam escalas num único momento, por um único investigador, que colhe dados de um participante. A consistência interna é uma forma de medida baseada na correlação entre diferentes itens da mesma escala. Normalmente, para avaliar a consistência interna é utilizada a estatística α de Cronbach (Pestana & Gageiro, 2005).

O coeficiente α de Cronbach é uma estimativa matemática do grau em que um instrumento está “livre de erro de medida”, baseando-se na consistência interna dos constructos, sendo a técnica mais utilizada para instrumentos do tipo daquele que utilizámos (Fortin, 1999; Pestana & Gageiro, 2005). Os valores do coeficiente dão-nos indicadores sobre a fidelidade do instrumento. Tais valores podem ser classificados da seguinte maneira: inadmissível (Alpha <0,6); fraca (Alpha entre 0,6 e 0,7); razoável (Alpha entre 0,7 e 0,8); boa (Alpha entre 0,8 e 0,9); a muito boa (Alpha > 0,9) (Pestana & Gageiro, 2005). O resultado da estatística Alfa de Cronbach deste nosso estudo (de forma isolada) é 0,48; valor que nos impele a ter muita cautela na leitura dos resultados. Todavia, o valor encontrado poderá ter sido influenciado pela natureza da amostra e, fundamentalmente, pela sua dimensão (161 casos para um instrumento com 42 itens). No estudo de Sequeira (2011), o valor de Alpha apurado foi na ordem de 0,63, enquanto nos estudos que tomamos por referência o valor de Alfa de Cronbach se situa na ordem dos 0,75 (Zeleznick, 2007). Desde já assinalamos esta grande limitação do nosso estudo. Todavia, analisado o suporte conceptual do instrumento utilizado, para efeito de recolha de dados, parece-nos bastante robusto. Contudo, e tal como exposto, é questionável a sua fidelidade. No entanto, citamos Polit e Hungler (1995), que referem que a fidelidade de um instrumento depende da sua aplicação a uma determinada amostra, em determinadas condições. Vale a pena assinalar que acreditamos que os resultados do projecto mais alargado que está em curso, onde pode ser inserido o trabalho que realizámos, poderão tornar mais claras as questões relativas à fidelidade da “medida”.

2.5.3. Descrição do procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos entre 2 de Janeiro de 2011 e 31 de Março de 2011, imediatamente após concedida a autorização do conselho de administração do CHTS (Anexo IV).

Inicialmente prevíamos que os dados fossem colhidos por alguns enfermeiros dos serviços que integram o Departamento de Medicina. Este facto levou à necessidade de realizar reuniões com os múltiplos intervenientes, no sentido de uniformizar procedimentos e interpretações. Contudo, desde do início que percebemos a pouca viabilidade de tal estratégia. Assim, grosso modo, os dados foram colhidos por nós (autora do relatório), facto que também acabou por eliminar os riscos que se anteviam.

O facto de ser o enfermeiro a preencher o formulário, permitiu que participantes que não sabiam ler/escrever pudessem participar no estudo.

A duração das entrevistas variou entre os quinze e os quarenta minutos. Esta diferença de tempo deveu-se apenas às características dos participantes, uma vez que estes, não se cingiam apenas a dar a resposta, mas mostrando grande interesse em relatar parte das suas vivências levando à necessidade de pontualmente, focalizar nas questões do formulário. A recolha de dados foi sempre em local reservado; no entanto, essa decisão ficou sempre ao critério dos participantes. Antes do início da aplicação do formulário, todos os participantes foram informados relativamente ao teor da investigação, sendo posteriormente assinado o consentimento informado pelo participante e pelo investigador. Durante o preenchimento dos formulários, e sempre que necessário, foi explicado o sentido das questões, de forma a aumentar a compreensão dos participantes.

A cada caso (formulário) foi atribuído um código, onde se identificava o investigador, o serviço e o número de ordem a que o caso correspondia. Desde logo os dados foram alojados numa base de dados do SPSS v. 19, entretanto construída para o efeito. A investigadora principal ficou como fiel depositária dos formulários, os quais foram destruídos, após inspecção da base de dados, no sentido de detectar “erros ou dados aberrantes”.

2.6. Procedimentos de análise dos dados

Os procedimentos de análise dos dados adoptados neste nosso estudo, na medida do possível, foram similares às estratégias de análise realizadas nos estudos anteriores, nomeadamente no de Zeleznik (2007) e Rasanen, Backman e Kyngas (2007). Ao longo do relatório, em particular ao longo da apresentação e discussão dos resultados, vamos fazendo alusão aos diferentes procedimentos de análise dos dados.

Em síntese, podemos dizer que para efeitos da caracterização da amostra recorreremos a medidas de estatística descritiva e inferencial, adequadas à natureza das variáveis. A identificação do perfil de autocuidado de cada participante foi feita com base no cálculo de *scores* médios, para cada um dos quatros perfis teóricos. Recorreremos a procedimentos de análise da fidelidade dos instrumentos, por via da computação da estatística Alfa de Cronbach. A estrutura factorial do instrumento de descrição dos perfis de autocuidado baseou-se na análise exploratória. Após, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, para efeitos da análise inferencial, dado o carácter não probabilístico da amostra.

2.7. Aspectos éticos

Fazendo este estudo parte do estudo mais alargado, tal como já referido, foi solicitado pelos investigadores envolvidos nesse projecto, a autorização às autoras para a utilização do instrumento (Anexo V). Foi feito o pedido de autorização do estudo ao Conselho de Administração do CHTS; o qual teve parecer favorável.

O estudo realizado, no que se reporta ao essencial, baseou-se no consentimento livre e informado dos participantes (Anexo VI), na manutenção do sigilo, confidencialidade e anonimato, para além do respeito integral dos valores e opções de cada participante e/ou cada pessoa contactada.

Almeida e Freire (2003) referem que deve ser fornecida toda a informação necessária, de forma a obter o consentimento do participante, sendo necessário, por isso, uma explicação verbal honesta, transmitida ao sujeito, descrevendo os métodos, os riscos e

os (hipotéticos) benefícios. Assim, foi reservado às pessoas contactadas, para além de um período de reflexão e aconselhamento com familiares, o direito a desistir da investigação, mesmo que inicialmente tenham aceite participar.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo damos conta dos resultados da investigação, utilizando a estrutura dos objectivos que foram definidos para o estudo como referencial para organizar os dados. Assim, iniciamos pela caracterização do perfil de autocuidado dos participantes, o que nos permite ter uma noção mais concreta daquilo que predomina na amostra estudada. Após, à semelhança dos estudos que nos servem de referência, avançamos para um processo de análise factorial exploratória.

3.1. Caracterização do perfil de autocuidado dos participantes

Suportados pelo exposto nos estudos de Backman e Hentinen (1999; 2001), Rasanen, Backman e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007) é possível identificar os conjuntos das questões / itens do instrumento de descrição do perfil de autocuidado que caracterizam cada um dos quatro perfis (teóricos) definidos pelas autoras (Anexo VII).

No entanto, num estudo já realizado no contexto português (Sequeira, 2011), sob orientação de professores da ESEP, foi possível evoluir para um processo de especificação e depuração daqueles conjuntos de itens. No estudo de Sequeira (2011), utilizando os itens que constam do anexo VII, o potencial de descrição e caracterização do perfil de autocuidado dos participantes ficava limitado, na medida em que muitos casos podiam ser considerados “mistos ou indefinidos”, por integrarem *scores* elevados em vários itens agregados a perfis distintos. Numa fase inicial, na nossa análise de dados, com base nos itens que constam do anexo VII, também constatámos a existência uma grande maioria de casos que podiam ser categorizados como “indefinidos”, quanto ao perfil de autocuidado. Assim, com recurso à técnica de consenso entre peritos, um conjunto de docentes da ESEP, que utilizam o conceito de perfil de autocuidado nos seus estudos de Doutoramento, definiram conjuntos mais restritos de questões / itens do instrumento, para efeitos de

caracterização do perfil de autocuidado dos participantes. Esta opção visou aumentar o potencial de discriminação dos perfis de autocuidado. Esta metodologia também foi integrada no estudo de Sequeira (2011). A tabela seguinte dá conta das questões / itens específicos que podem ser considerados, na perspectiva daquele painel de peritos, como “muito característicos” de cada um dos perfis de autocuidado.

TABELA 7: “Questões específicas” por perfil de autocuidado

Perfis de Autocuidado	Questões
Autocuidado Responsável	<p>22-Eu quero ser responsável pela minha medicação.</p> <p>24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual.</p> <p>25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar.</p> <p>37-Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes.</p>
Autocuidado Formalmente Guiado	<p>27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos.</p> <p>28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.</p>
Autocuidado Independente	<p>30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda.</p> <p>45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém.</p> <p>48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.</p>
Autocuidado de Abandono	<p>21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde.</p> <p>46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos.</p> <p>50-Sinto que já não sirvo para nada.</p>

Conhecidas as questões específicas relativas a cada perfil de autocuidado e com base nos critérios estabelecidos no decurso do trabalho de Sequeira (2011), computámos os *scores* médios (ignorando os nulos) de cada um dos quatro perfis de autocuidado, para cada um dos participantes no nosso estudo. A título de exemplo, o *score* no “perfil responsável” é a média aritmética dos itens 22, 24, 25 e 37 do instrumento. Cada participante passou, assim, a ter um *score* (compreendido entre 1 e 5, numa escala quantitativa) relativo a cada um dos quatro perfis de autocuidado. Teoricamente e a título de exemplo, assume-se que uma pessoa que tenha um perfil de autocuidado do tipo “responsável” deverá ter um *score* elevado (mais próximo de 5) neste âmbito e *scores* mais baixos nos restantes três perfis. Quer isto significar que a identificação do perfil (final) de autocuidado de cada um dos participantes no estudo é o resultado da análise conjunta dos quatro (4) *scores* calculados. O quadro seguinte procura ilustrar três casos (hipotéticos) de participantes no estudo; o primeiro com um perfil de autocuidado nitidamente do tipo

“responsável”, o segundo aderente ao perfil de “abandono” e o último com um perfil “indefinido”.

TABELA 8: Síntese do processo de identificação do perfil de autocuidado dos participantes, a partir dos scores calculados para cada um dos quatro (4) conjuntos de itens

Caso	Score Perfil Responsável (itens: 22, 24, 25 e 37)	Score Perfil Formalmente Guiado (itens: 27 e 28)	Score Perfil Independente (itens: 30, 45 e 48)	Score Perfil de Abandono (itens: 21, 46 e 50)	Perfil (Final) de Autocuidado
Caso Hipotético 1	4,7	1,9	1,5	1,1	Responsável
Caso Hipotético 2	1,3	2,1	1,1	4,4	Abandono
Caso Hipotético 3	4,1	4,2	3,9	2,2	Indefinido

Nesta linha de análise, desde logo, mesmo com conjuntos de itens do instrumento mais específicos, deparamo-nos com um grande número de casos/participantes, que apresentavam *scores* altos, simultaneamente, nos quatro perfis de autocuidado, e outros com *scores*, embora mais baixos, também em mais que um perfil. Estes resultados permitem-nos afirmar que muitos casos podem ser categorizados como “*indefinidos*”; situação que também ocorreu nos estudos que nos servem de apoio, em particular naquele que foi realizado na Eslovénia. Esta realidade, muito provavelmente, mais que colocar questões em torno do poder discriminatório do instrumento, coloca-nos perante um quadro que aponta para a circunstância das pessoas, quanto à sua postura face ao autocuidado, evidenciarem traços distintos e construções que são fruto de misturas de diferentes experiências e condições.

3.1.1. Distribuição dos participantes pelos perfis de autocuidado

Uma vez na posse dos *scores* médios relativos a cada um dos quatro perfis de autocuidado, vimo-nos perante a necessidade, à semelhança dos estudos que nos servem de referência, de evoluir para uma estratégia de análise conjunta dos quatro *scores*, numa lógica “caso a caso”, com o intuito de sermos capazes de caracterizar o perfil de autocuidado de cada participante no estudo. Neste trabalho alinhamos com aquilo que foi feito no estudo de Sequeira (2011). Assim, para definir o perfil de autocuidado de cada caso, foram utilizados os seguintes critérios:

- **Perfil indefinido alto** - casos que possuam *scores* nos quatro perfis de autocuidado $\geq 3,5$.
- **Perfil indefinido baixo** - casos que possuam *scores* nos quatro perfis de autocuidado <3 .
- **Perfil puro** - casos que possuam um *score* num perfil específico de autocuidado $\geq 4,5$ e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *scores* ≤ 3 ;
- **Perfil predominante (de um tipo)** - casos que possuam *score* num perfil específico de autocuidado ≥ 4 e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *score* $<3,5$;
- Os casos que não se “encaixavam” em nenhuma das categorias anteriores foram considerados apenas como “**Perfil indefinido**”.

Com base nesta lógica de categorização, passamos a ter, no plano conceptual, três categorias de casos *indefinidos* (os indefinidos “altos”, os “baixos” e os “restantes”), quatro *perfis puros*, e quatro *perfis predominantemente de um dos tipos*, o que corresponde a onze (11) categorias ou perfis (teóricos) de autocuidado. Com efeito, algumas destas categorias não incluíram nenhum caso concreto.

A tabela seguinte dá conta da distribuição dos 161 casos que compõem a nossa amostra pelos diferentes perfis de autocuidado definidos.

TABELA 9: Distribuição dos participantes em função do perfil do autocuidado

Perfil de autocuidado		N	(%)
Responsável puro		29	18
Formalmente Guiado puro		8	5
Abandono puro		3	1,9
Predominante Responsável		17	10,6
Predominantemente Formalmente Guiado		6	3,7
Predominante de Abandono		3	1,9
Indefinidos	Baixos	1	0,6
	“Restantes”	94	58,3
Total		161	100

Desde logo, da consulta da tabela, verifica-se a existência de quase 60% de casos com um perfil de autocuidado “*indefinido*”. O valor percentual de casos com um perfil de autocuidado indefinido que foi apurado no nosso estudo, apesar de ligeiramente superior, está em linha com os resultados dos estudos que já fomos referindo, quer aqueles realizados na Finlândia e na Eslovénia, quer aquele concretizado em Portugal. Cerca de ¼ dos casos estudados tem um perfil de autocuidado que pode ser considerado como “*puro*”;

enquanto 16,2% dos casos aderem a um perfil do tipo “predominante”. Assim, podemos dizer que cerca de 40% dos casos incluídos na amostra tem um perfil de autocuidado nitidamente aderente a um dos quatro perfis teóricos que emergiram dos estudos de Backman e Hentinen (1999; 2001). A tabela seguinte, onde se agregam os casos com um perfil de autocuidado puro e aqueles em que predomina um dos tipos, sintetiza aquilo que explanamos atrás.

TABELA 10: Distribuição dos participantes em função do perfil do autocuidado (agregados)

Perfil de autocuidado (Agregados)	N	(%)
Responsável puro ou Predominantemente responsável	46	28,6
Formalmente Guiado puro ou Predominantemente Formalmente Guiado	14	8,7
Abandono puro ou Predominantemente de Abandono	6	3,7
Indefinidos	95	59,0
Total	161	100

Tomando em consideração a agregação plasmada na tabela anterior, composta por quatro grupos, fomos explorar as associações entre os perfis de autocuidado e as principais variáveis de atributo dos participantes.

Através do teste de Kruskal – Wallis, constatámos que os participantes com um perfil de autocuidado “responsável” ou “predominantemente responsável” eram os mais jovens, quando comparados com os restantes ($p=0,006$).

TABELA 11: Comparação Perfis de autocuidado (agregados) em função da Idade (Teste Kruskal – Wallis)

Perfil Autocuidado (Agregado)	N	Mean Rank (Idade)	Média Idade (anos)
Indefinidos	95	84,36	70,78
Responsável puro ou Predominantemente responsável	46	64,40	66,50
Formalmente Guiado puro ou Predominantemente Formal.Guiado	14	95,07	74,43
Abandono puro ou Predominantemente de Abandono	6	122,17	79,83
Total	161		70,21
$p = 0,006$			

Tal como no estudo de Sequeira (2011), quando explorámos as diferenças na formação escolar entre os diferentes grupos, verificámos que os participantes com um

perfil de autocuidado responsável ou predominantemente deste tipo tendem a ser aqueles com mais anos de escolaridade.

TABELA 12: Comparação Perfis de autocuidado (agregados) em função da Formação Escolar (Teste Kruskal – Wallis)

Perfil Autocuidado (Agregado)	N	Mean Rank (Formação escolar)	Média Formação escolar (anos)
Indefinidos	95	76,93	2,42
Responsável puro ou Predominantemente responsável	46	105,09	3,76
Formalmente Guiado puro ou Predominantemente Formal. guiado	14	42,14	0,79
Abandono puro ou Predominantemente de Abandono	6	51,42	1,17
Total	161		2,61
$p < 0,001$			

A formação escolar e as oportunidades de aprendizagem constituem traços marcantes da biografia de cada um de nós. Neste contexto, é interessante verificar que os participantes com um perfil de autocuidado aderente a uma postura “formalmente guiada”, caracterizada, entre outros aspectos, pela resignação e aceitação passiva das opções terapêuticas, tendem a ser as pessoas com menor formação escolar. Para além disso, os seis (6) casos aderentes a um perfil de “abandono” também evidenciam valores médios de formação escolar mais baixos. Vale a pena chamar aqui a velha máxima, já com alguns anos, em que se dizia que *“uma população mais instruída era uma população mais saudável”*. Com efeito, as pessoas com uma postura face ao auto do tipo “responsável”, no quadro desta investigação e dos estudos onde estamos ancorados, tendem a evidenciar níveis de escolaridade mais altos.

O estudo das associações dos perfis de autocuidado (agregados) com as restantes variáveis sócio – demográficas (de atributo) dos participantes não demonstrou resultados estatisticamente significativos.

Ao explorarmos a natureza das diferenças entre os quatro grupos de perfis de autocuidado (agregados) que adoptámos, quanto ao nível global de dependência no autocuidado, percebemos que os participantes com um perfil de autocuidado responsável

ou predominantemente deste tipo tendem a ser aqueles com níveis de dependência menos marcados, tal como descrito na tabela seguinte.

TABELA 13: Comparação dos Perfis de autocuidado (agregados) em função do Nível Global de Dependência no Autocuidado

Perfil Autocuidado (Agregado)	N	Mean Rank (Nível Global de Dependência)	Média Nível Global de Dependência
Indefinidos	83	68,87	3,6217
Responsável puro ou Predominantemente responsável	44	92,73	3,9273
Formalmente Guiado puro ou Predominantemente Formal. guiado	13	52,23	3,7239
Abandono puro ou Predominantemente de Abandono	6	42,58	3,4638
Total	146		3,7164
$p < 0,001$			

Vale a pena relembrar que o “nível global de dependência no autocuidado”, que aqui usamos, corresponde à média aritmética (ignorando os nulos), de todos os itens ou indicadores das diferentes escalas que nos serviram para avaliar a dependência nos vários domínios do autocuidado (Tomar banho; Alimentar-se; Transferir-se...), tal como descrito na metodologia. Assim, para cada caso, foi calculado o nível global de dependência, que se traduz num *score* (numa escala quantitativa contínua), o qual varia entre os valores 1 e 4. Quanto mais próximo do valor 4 for o referido *score*, menor será o nível global de dependência do cliente e vice-versa. Conforme se depreende da consulta da tabela anterior, apesar dos participantes no nosso estudo serem pessoas com níveis de dependência nos vários domínios do autocuidado bastante reduzidos, tal como já tínhamos destacado na caracterização da amostra; globalmente, os casos com uma postura face ao autocuidado do tipo responsável tendem a ser pessoas “completamente independentes” (Duque, 2009). Estes resultados estão de acordo com aquilo que o estudo de Zeleznik (2007) demonstrou. A autora constatou que as pessoas com um perfil de autocuidado mais próximo da postura responsável tendiam a ser aqueles que evidenciavam melhor “capacidade funcional”; conceito que pode ser relacionado com a dependência na realização das actividades básicas de autocuidado.

Nesta linha, também com base no teste Kruskal – Wallis, fomos explorar as diferenças entre os quatro grupos de perfis de autocuidado (agregados) que adoptámos, quanto à existência de compromissos nos processos corporais (ICN, 2011), tais como: intensidade de sinais de *Desidratação*; número de *Úlceras de pressão*; número de *Quedas* no último mês e; número de *Anquiloses* ou compromissos da amplitude articular. À partida, assumíamos que estes tipos de “complicações” pudessem ser enquadráveis dentro daquilo que define a “condição de saúde dos clientes”, numa perspectiva de enfermagem, tal como o nível de dependência nos vários domínios do autocuidado. É certo que o número de casos com sinais de desidratação ou úlceras de pressão não tinha expressão. No entanto, no que se refere à ocorrência de quedas e ao número de anquiloses, os resultados dos testes empreendidos não revelaram diferenças com significado estatístico, entre os quatro grupos, em função destas complicações.

Apesar do trabalho empreendido, continuávamos a ter um grande número de casos categorizados, quanto ao perfil de autocuidado, como “indefinidos”.

Conscientes do elevado valor percentual de casos categorizados como “indefinidos”, e tendo como intenção aumentar a descrição do perfil de autocuidado dos participantes, optámos por um processo de análise mais selectiva dos casos “indefinidos”, com base em critérios já ensaiados no estudo de Sequeira (2011). Assim, definimos as seguintes categorias, dentro do universo dos casos considerados como indefinidos:

- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 em todos os quatro perfis de autocuidado.
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável, formalmente guiado e independente, e *score* $<3,5$ no perfil de abandono.
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável, formalmente guiado e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil independente.
- **Responsável/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável, independente e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil formalmente guiado.
- **Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado formalmente guiado, independente e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil responsável.

- **Responsável/ Formalmente Guiado** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável e formalmente guiado, e *score* $<3,5$ no perfil independente e de abandono.
- **Responsável/ Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável e independente, e *score* $<3,5$ no perfil formalmente guiado e de abandono.
- **Responsável/ Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado responsável e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil formalmente guiado e independente.
- **Formalmente Guiado/ Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado formalmente guiado e independente, e *score* $<3,5$ no perfil responsável e de abandono.
- **Formalmente Guiado / Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado formalmente guiado e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil responsável e independente.
- **Independente/ Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 no perfil de autocuidado independente e de abandono, e *score* $<3,5$ no perfil formalmente guiado e responsável.
- Todos os casos não categorizados em nenhuma das categorias anteriores foram classificados como **“Indefinidos finais”**

Na tabela seguinte mostra a distribuição dos 94 casos com um perfil de autocuidado indefinido, aos quais é possível aplicar o conjunto das condições anteriormente definidas.

TABELA 14: Distribuição dos casos categorizados inicialmente como “indefinidos”

Categorias Específicas de “Indefinidos”	N	(%)
Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente	4	4,2(%)
Responsável/ Formalmente Guiado	15	15,8(%)
Responsável/ Independente	4	4,2(%)
Responsável/ de Abandono	4	4,2(%)
Formalmente Guiado/ Abandono	13	13,7(%)
Indefinidos finais	54 +1	57,9(%)
Total Indefinidos	95	100(%)

Na leitura da tabela importa salientar que o caso inicialmente categorizado como “indefinido baixo”, ao qual não foi possível aplicar as condições de análise que apresentamos anteriormente, foi contabilizado como mais um caso do grupo dos “indefinidos finais”. Estes correspondem a quase 60% dos indefinidos (55/95 casos) e cerca de 34% do total da amostra (55/161 casos). Contudo, os processos que ensaiámos permitiram-nos descrever com maior propriedade o perfil de autocuidado de 40 participantes, inicialmente considerados como “indefinidos”.

Conforme se depreende da leitura da tabela, cerca de 16% dos casos estudados têm um perfil de autocuidado que resulta de uma mescla de características do perfil “responsável” e do perfil “formalmente guiado”. Esta associação, com alguma expressão, acaba por colocar em relevo a proximidade de alguns aspectos dos dois perfis de autocuidado, que os estudos iniciais de Backman e Hentinen (1999; 2001) colocaram em destaque. Na realidade, aspectos como *“querer ser responsável pela (própria) medicação”* ou *“a minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual”* – itens característicos do perfil responsável - não são incompatíveis com *“tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos”* – traço do perfil de autocuidado formalmente guiado.

Quase 14% dos casos estudados e inicialmente considerados “indefinidos”, depois de aplicados aqueles critérios que explicámos, evidenciam um perfil de autocuidado que resulta de *scores* elevados quer no perfil formalmente guiado quer no perfil de abandono. Esta associação também mereceu destaque nos estudos que utilizámos para efeitos de interpretação dos nossos resultados. Vale a pena destacar, tal como nos dizem Backman e Hentinen (1999; 2001) e Zeleznik (2007), que existem traços e pontos de contacto entre a postura *“acrítica e resignada”* do perfil formalmente guiado e características do tipo *“desistência, impotência e dependência”*, passíveis de serem usadas como distintivas do perfil de autocuidado de abandono. No estudo de Zeleznik (2007) esta associação é explicada de uma forma que nos faz sentido. Admite-se que os clientes com um perfil de autocuidado do tipo formalmente guiado necessitam de ser “conduzidos por alguém”. Este (alguém) representa, quase sempre, uma figura que detém grande controlo sobre as suas vidas. No entanto, quando desaparece tal figura “guia”, muitas pessoas com um perfil do tipo formalmente guiado ficam *“sem leme e à deriva”*, desaguando em quadros de resignação e perda de interesse pelo quotidiano e actividades de autocuidado. Esta lógica

explicativa alerta-nos para um aspecto que reportamos como crucial na abordagem terapêutica de enfermagem, em especial com pessoas idosas.

A associação do perfil responsável e do perfil de abandono (4 casos), embora nos pareça contrariar os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001), foi ainda mais marcada no estudo de Zeleznik (2007). Esta autora encontrou um valor percentual assinalável (cerca de 15% dos seus participantes), com *scores* elevados naqueles dois perfis de autocuidado, que tendem a ser apresentados como “opostos”.

A associação de características do perfil do autocuidado responsável com o perfil do autocuidado independente, apesar de pouco expressiva (4 casos), era expectável, à luz da perspectiva teórica de base. Na realidade, os estudos iniciais de Backman e Hentinen (1999) destacaram que pessoas com posturas “responsáveis” ou “independentes” caracterizavam-se por terem “*locus* de controlo interno”, uma atitude positiva face as adversidades e grande vontade em “seguir em frente”.

Animados por estes resultados, decidimos proceder ao estudo das correlações entre os *scores* obtidos pelos participantes, em cada um dos quatro perfis de autocuidado. Vale a pena salientar que neste trabalho exploratório, abandonamos a lógica de categorização dos participantes em função do seu perfil de autocuidado que, como vimos, é o resultado da análise conjunta dos quatro *scores*, que todos os participantes no estudo têm, e só consideramos os *scores* isoladamente. Com efeito, como já foi discutido neste relatório, um participante pode ter um *score* muito elevado, por exemplo, no perfil de autocuidado responsável e, na leitura conjunta dos “seus quatro *scores*”, ser categorizado com um caso com um perfil “indefinido”. Isto aconteceria se nos restantes três *scores* a mesma pessoa também tivesse valores altos. Em síntese, deixámos de falar no “perfil de autocuidado do cliente” e passamos a referimo-nos aos “*scores* nos perfis de autocuidado dos clientes”; o que não é, com base na lógica adoptada, a mesma coisa.

Para efeitos de explorar as correlações entre os *scores* nos quatro perfis de autocuidado recorreremos ao teste Rho de Spearman, tal como se ilustra na tabela seguinte. As correlações com significado estatístico estão assinaladas pelo fundo cinzento das respectivas células da tabela.

TABELA 15: Matriz de correlação dos *scores* nos quatro perfis de autocuidado

	Correlação	Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
Autocuidado Responsável	Rho Spearman <i>p</i>	———	-0,304 <0,001	0,351 <0,001	-0,541 <0,001
Autocuidado Formalmente Guiado	Rho Spearman <i>p</i>	-0,304 <0,001	———	-0,110 0,165	0,241 0,002
Autocuidado Independente	Rho Spearman <i>p</i>	0,351 <0,001	-0,110 0,165	———	-0,377 <0,001
Autocuidado de Abandono	Rho Spearman <i>p</i>	-0,541 <0,001	0,241 0,002	-0,377 <0,001	———

A matriz das correlações encontradas reforça aquilo que fomos discutindo ao longo dos últimos parágrafos, a respeito dos múltiplos perfis de autocuidado que podem ser considerados como “híbridos”. Estes resultados, de alguma forma, são consistentes com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001) e Rasanen, Backman e Kyngas (2007).

Tal como descrito na tabela relativa à matriz das correlações entre os quatro perfis de autocuidado, o *score* do perfil de autocuidado responsável apresenta uma correlação positiva moderada com o *score* do perfil de autocuidado independente (Rho de Spearman = 0,351; $p < 0,001$). Em sentido oposto, constatamos que o *score* no perfil do autocuidado responsável apresenta uma correlação negativa moderada com o *score* do perfil do tipo formalmente guiado e ainda, com o *score* do perfil de autocuidado de abandono. O *score* no perfil de autocuidado de abandono apresenta, ainda, uma correlação positiva, embora fraca, com o *score* do perfil de autocuidado formalmente guiado (Rho de Spearman = 0,241; $p = 0,002$); comportando-se de forma “oposta” em relação ao *score* do perfil de autocuidado independente. Quer isto significar que, os casos com *score* mais alto no perfil de autocuidado de abandono apresentam também *score* mais alto no perfil de autocuidado formalmente guiado e *score* mais baixo no perfil do tipo independente.

Perante esta matriz de correlação, podemos afirmar a robustez da teoria na qual nos apoiamos e como tal, a consistência dos resultados gerados, tendo por suporte essa mesma teoria. A matriz de correlações exposta, mostra-nos, por exemplo, que pessoas com um *score* elevado no perfil de autocuidado independente tendem a apresentar *score* mais baixo no perfil do autocuidado de abandono. No contexto da prática clínica, estes aspectos podem assumir extrema importância. Tal como refere Meleis e colaboradoras (2000), os enfermeiros poderão orientar/definir estratégias terapêuticas mais ajustadas à

singularidade fenomenológica dos clientes se, por exemplo, conhecerem a sua postura pessoal face ao autocuidado. Desta forma será, acreditamos, mais fácil ajudar os clientes a redefinirem o seu *self* e a promoverem o seu bem-estar. Assim, julgamos que o potencial de autonomia dos clientes poderá ser condicionado pelo seu perfil de autocuidado, razão por que vale a pena conhecê-lo. Para além do mais, a abordagem terapêutica a um cliente que se vê confrontado com um regime terapêutico complexo, quando regressa a casa, terá que ser, necessariamente, diferente se o desafio é ajudar uma pessoa com uma postura próxima do perfil de abandono ou formalmente guiada, comparativamente a alguém com um perfil de autocuidado aderente ao perfil responsável. Acreditamos que as estratégias, a intensidade e as formas de implementar cuidados de enfermagem de qualidade e significativos para os clientes podem ser promovidas pela incorporação do conceito de perfil de autocuidado na concepção de cuidados.

Com o intuito de explorar associações entre os valores nos *scores* nos quatro perfis de autocuidado e as principais variáveis de atributo dos participantes, avançamos com a nossa análise estatística inferencial.

Para conhecer o significado das diferenças nos *scores* dos diferentes perfis de autocuidado em função do “sexo”, “com quem vive” e o “estado civil” dos participantes no estudo, recorreremos ao teste de U Mann Withney (Anexo VIII). Concluímos que, quanto à variável “sexo”, apenas existem diferenças estatisticamente significativas, entre homens e mulheres, relativamente ao *score* no perfil de autocuidado de abandono, sendo as mulheres quem apresenta *scores* médios mais altos neste âmbito ($p=0,012$). Quanto à variável “com quem vive”, optou-se por comparar dois grupos de participantes: os que vivem sozinhos e aqueles que estão acompanhados. Aqui, verificou-se não existirem diferenças com significado estatístico. No entanto, quando comparados os participantes “casados ou em união de facto” com os “solteiros”, verificou-se que são os “casados / em união de facto” (Mean Rank= 57,16) que tendem a apresentar *scores* mais elevados no perfil de autocuidado responsável ($p=0,050$), relativamente aos solteiros (Mean Rank= 34,31). Nos restantes *scores* não foi possível encontrar diferenças estatísticas significativas. Na comparação do grupo de participantes “casados / em união de facto” com os “viúvos”, percebemos que os “casados / em união de facto” apresentam *scores* médios mais elevados relativamente ao perfil do autocuidado responsável ($p=0,003$) e ao perfil do autocuidado independente ($p=0,007$). Na mesma linha, os participantes “viúvos”

apresentam *scores* médios mais elevados no perfil do autocuidado de abandono ($p<0,001$), quando comparados com os “casados / em união de facto”.~

TABELA 16: Média dos *scores* nos perfis de autocuidado em função do estado civil

	Score no perfil Responsável (Média)	Score no perfil Formalmente Guiado (Média)	Score no perfil Independente (Média)	Score no perfil de Abandono (Média)
Casados/união de facto	3,90	3,54	2,28	2,37
Viúvos	3,30	3,71	1,78	3,11

TABELA 17: Comparação dos *scores* nos perfis de autocuidado em função do estado civil (Resultados Teste U Mann Withney)

	Score no perfil Responsável (Mean Rank)	Score no perfil Formalmente Guiado (Mean Rank)	Score no perfil Independente (Mean Rank)	Score no perfil de Abandono (Mean Rank)
Casados/união de facto	81,41	71,48	80,72	66,04
Viúvos	59,18	81,20	60,72	93,26
valor de p	0,003	0,167	0,007	<0,001

Quando consideramos a variável “actividade profissional”, tendo em consideração o grupo dos “trabalhadores activos” versus os “reformados”, percebemos a existência de diferenças com significado estatístico no perfil responsável. Aqui, os trabalhadores activos apresentam *scores* médios mais altos, comparativamente aos reformados ($p=0,010$). Por outro lado, são os participantes reformados quem apresenta *scores* médios mais altos no *score* do perfil de autocuidado formalmente guiado ($p=0,038$) e no *score* do perfil do autocuidado de abandono ($p=0,001$).

TABELA 18: Média dos *scores* nos perfis de autocuidado em função da actividade profissional

	Score no perfil Responsável (Média)	Score no perfil Formalmente Guiado (Média)	Score no perfil Independente (Média)	Score no perfil de Abandono (Média)
Trabalhador activo	4,36	3,12	2,44	1,74
Reformado	3,64	3,63	2,11	2,71

TABELA 19: Comparação dos *scores* nos perfis de autocuidado em função da actividade profissional
(Resultados Teste U Mann Withney)

	Score no perfil Responsável (Mean Rank)	Score no perfil Formalmente Guiado (Mean Rank)	Score no perfil Independente (Mean Rank)	Score no perfil de Abandono (Mean Rank)
Trabalhador activo	101,40	60,64	87,17	48,40
Reformado	74,33	80,72	76,56	82,64
valor de <i>p</i>	0,010	0,038	0,304	0,001

Constata-se, assim, que as mulheres apresentam *scores* mais elevados no perfil de autocuidado de abandono. Os participantes casados ou em união de facto apresentam *scores* mais altos no perfil de autocuidado responsável. São também os participantes casados ou em união de facto que apresentam *scores* médios mais elevados no perfil de autocuidado independente, em comparação com os viúvos. Por sua vez, os viúvos apresentam *scores* médios mais elevados na postura de abandono, face ao autocuidado. Igualmente com *scores* mais altos no perfil de autocuidado de abandono estão os participantes reformados, quando comparados com os trabalhadores activos; assim como no *score* no perfil do autocuidado formalmente guiado, enquanto os trabalhadores activos apresentam *score* mais elevado no perfil responsável.

Em síntese, os participantes que continuam a viver acompanhados e se mantêm activos (em termos profissionais) tendem a evidenciar *scores* mais elevados no perfil de autocuidado responsável. Com base nos valores dos *scores* calculados, as posturas face ao autocuidado mais próximas do abandono tendem a ser mais características das mulheres, dos participantes reformados e daqueles que vivem sós. Estes resultados podem ser muito úteis para o nosso exercício profissional, na medida em que, dentro de um factor que pode constituir um condicionalismo pessoal às transições (Meleis et al, 2000), somos capazes de vislumbrar aspectos particulares que nos ajudam a identificar clientes (potencialmente) mais vulneráveis.

3.2. Factores emergentes da avaliação dos perfis de autocuidado

Ao longo da primeira parte deste capítulo estivemos focados na construção de um discurso orientado para os objectivos centrais do nosso estudo: a) *identificar os perfis de*

autocuidado predominantes e b) descrever o perfil de autocuidado dos participantes no estudo. Os procedimentos que estiveram na base do trabalho empreendido fundamentaram-se num processo de agregação teórica de itens da escala de identificação e descrição dos perfis de autocuidado, com base nos pressupostos teóricos apresentados por Backman e Hentinen (1999; 2001); Backman, Kyngas e Rasanen (2007); e Zeleznik (2007). Para além destes pressupostos, recorremos a um painel de peritos da ESEP, com o intuito de identificar os itens mais específicos a agregar, de forma a cumprirmos os nossos dois objectivos.

Contudo, tal como aquelas autoras nos dizem, o instrumento de avaliação do perfil de autocuidado encerra conceitos que, sustentam e, ao mesmo tempo, emergem dos perfis de autocuidado. Esta assunção é corroborada pelos resultados dos estudos anteriores que utilizam o instrumento. Na realidade, assume-se que possam existir conceitos (úteis na perspectiva clínica, inclusive) implícitos nos dados e que nos podem ajudar a compreender melhor os nossos clientes, naquilo que se reporta à sua postura face ao autocuidado. Assim, tal como as autoras referidas, avançámos para um processo de análise factorial exploratória.

A análise factorial (exploratória) consiste num conjunto de procedimentos tendentes a agregar um grande número de variáveis em constructos mais abrangentes e com maior potencial explicativo (Almeida & Freire, 2003; Polit & Hungler, 1995; Pestana & Gageiro, 2000). Desta forma, a análise factorial permite,

“... organizar a maneira como os sujeitos interpretam as coisas, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão... permite avaliar a validade das variáveis constitutivas dos factores, indicando em que medida se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas” (Pestana & Gageiro, 2000, p. 389).

Com esta análise, pretendíamos perceber em que medida aspectos teóricos que apoiaram o desenvolvimento do instrumento, por nós utilizado, estavam presentes nas respostas dos participantes. As questões presentes no instrumento usado por nós para efeito de recolha de dados, que descrevem os perfis de autocuidado, encontram-se numeradas de 10 a 51, tal como no instrumento original.

De forma a dar resposta ao nosso propósito, realizámos análise dos componentes principais, com valores próprios (Eigenvalues) > 1, com recurso ao método de rotação Varimax, com normalização Kaiser (Pestana & Gageiro, 2000) (Anexo IX). O resultado obtido no KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), na ordem de 0,71, deu-nos boas indicações acerca da

qualidade das correlações entre as variáveis originais, permitindo-nos evoluir para a análise factorial exploratória.

Com este procedimento de análise factorial exploratória foram extraídos 14 factores, que explicam 64,35 % da variância total. O número de factores que retivemos é muito próximo daquilo que foi o número de factores retidos por Zeleznik (2007) e por Sequeira (2011). Por princípio, quando um item (variável original) se correlacionava de forma apreciável com mais do que um dos factores extraídos, optámos por incluí-lo no factor em que a saturação fosse mais elevada. No quadro dos resultados da análise factorial, para efeitos de agrupamento dos itens originais nos diferentes factores extraídos, só considerámos valores de correlação $\geq 0,30$. Podemos dizer que os factores emergentes correspondem integralmente ao extraído da análise factorial, com excepção do item 15 que, embora saturasse de forma ligeiramente superior no factor 5, foi colocado por um critério teórico no factor 11.

TABELA 20: Composição dos factores extraídos

Factores resultantes	Itens originais
Factor 1 - “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”	22, 24, 25 e 32
Factor 2 - “Percepção da condição física”	17, 18, 19, 20 e 38
Factor 3 - “Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”	26, 33, 37 e 45
Factor 4 - “Lidar de forma independente com os problemas de saúde”	29 e 30
Factor 5 - “Vida de sacrifício”	11 e 12
Factor 6 - “Passividade face ao cuidado”	28 e 48
Factor 7 - “Perda da autonomia”	10 e 46
Factor 8 - “Resignação face ao envelhecimento”	34, 41 e 42
Factor 9 - “Percepção de suporte familiar”	36 e 39
Factor 10- “Relações interpessoais significativas”	35 e 49
Factor 11 - “Sentimento de amargura”	15, 16 e 21
Factor 12- “Capacidade de decisão e responsabilidade”	13, 14, 23 e 27
Factor 13 - “Aceitação dos tratamentos”	31
Factor 14 - “Medo da perda de autonomia”	47 e 51

Identificados os itens originais que deveriam compor cada um dos factores, avançámos com o processo de computação destas novas variáveis – os 14 factores. Para isso, utilizámos o cálculo da média (ignorando os nulos). Assim, cada factor passou a traduzir-se num *score* que varia entre 1 e 5.

A apresentação e interpretação dos factores extraídos serão, sempre que possível, feitas tomando por referência os factores emergentes do estudo de Zeleznik (2007). Ver ainda Anexo X e XI.

3.2.1. “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”

O “factor 1”, ao qual atribuímos a designação “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”, explica 16,73% da variância total. Este factor agrega as questões 22, 24, 25 e 32.

TABELA 21: Factor 1 – “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”

Factor 1 – “Lidar de forma responsável com os problemas de saúde”		
Questão	Item de Informação	Correlação
22	Eu quero ser responsável pela minha medicação	0,52
24	A minha cooperação com médicos e enfermeiros é natural e de igual para igual	0,47
25	Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	0,84
32	Eu conheço bem o que me causa problemas	0,82
		Eigenvalue 7,03
		% Variância Total 16,73
Média – 3,75; DP – 1,72		

Analisando a sua composição, este factor tende a descrever o desejo e a forma responsável como a pessoa lida com os seus problemas de saúde, numa perspectiva e postura consciente e apoiada em informação (válida para a pessoa) que lhe foi fornecida pelos profissionais de saúde. O ser responsável pelos seus problemas de saúde, representa para estas pessoas, o desejo de continuarem a viver como agentes activos, mantendo-se autónomos, tal como Backman e Hentinen (1999; 2001) descrevem.

Este factor agrega as três questões específicas (22, 24 e 25) que compõem o *score* do perfil de autocuidado responsável, definido pelos investigadores da ESEP. Este facto acaba por reforçar a agregação teórica que aqueles peritos fizeram. Logicamente, a correlação deste factor 1 com o *score* do perfil de autocuidado responsável é positiva e muito forte (Rho Spearman = 0,913; $p < 0,001$). A correlação deste factor com o *score* do perfil de autocuidado independente é positiva e moderada (Rho Spearman = 0,342; $p < 0,001$). Quer isto dizer, que os casos que evidenciam *scores* mais elevados no “lidar de forma responsável com os problemas de saúde” são aqueles que, simultaneamente, evidenciam *scores* também mais elevados nos *scores* relativos ao perfil de autocuidado responsável e perfil independente. Em sentido oposto, constatámos que os *scores* mais altos no perfil de abandono e no perfil formalmente guiado têm *scores* mais baixos no

factor 1, facto atestado pelos valores das respectivas correlações negativas, ainda que ligeiras, mas estatisticamente significativas.

Continuando na exploração deste factor 1, percebemos que tendem a ser as pessoas mais jovens que lidam de forma mais responsável com os problemas de saúde (Rho Spearman = - 0,306; $p < 0,001$); assim como são os participantes com níveis mais elevados de formação escolar que evidenciam *scores* mais elevados no factor 1 (Rho Spearman = 0,423; $p < 0,001$). Na mesma linha, quanto menos dependente é o participante mais elevado é o seu *score* neste factor 1.

Quando comparamos, através do teste de U Mann Withney, os *scores* médios obtidos neste factor, em função do estado civil e da actividade profissional, percebemos que existem diferenças estatisticamente significativas. Com efeito, os participantes casados ou em união de facto apresentam *scores* médios mais elevados no factor 1 do que os viúvos ($p < 0,001$). Na mesma linha, os trabalhadores activos têm *scores* médios no factor 1 mais elevados que os reformados ($p = 0,031$).

3.2.2. “Percepção da condição física”

Designamos o segundo factor extraído como “percepção da condição física”. Este factor, que explica 6,23% da variância encontrada, agregando os itens 17, 18, 19, 20 e 38.

TABELA 22: Factor 2 – “Percepção da condição física”

Factor 2 – “Percepção da condição física”		
Questão	Item de Informação	Correlação
17	Ainda me sinto relativamente novo(a)	0,61
18	Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	0,32
19	Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	0,54
20	Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	0,70
38	Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	0,53
		Eigenvalue 2,62
		% Variância Total 6,23
Média – 2,91: DP – 1,08		

Este factor corresponde, integralmente, a um factor que também emergiu no estudo de Zeleznik (2007), que a autora definiu como “condição física”. O constructo aqui

representado remete-nos para a avaliação que as pessoas fazem da sua condição física actual. Nos estudos que tomámos por referência, a percepção dos participantes acerca da sua condição física é um dos factores que surge associado ao seu perfil de autocuidado.

Pela análise do teor dos itens agregados, em linha com a perspectiva de Zeleznik (2007), o factor 2 parece traduzir a consciência ou percepção dessa condição física dos clientes. Assim, os *scores* mais elevados neste factor traduzem uma atitude positiva da pessoa face às limitações físicas que resultam do envelhecimento; facto que, de acordo com Backman e Hentinen (1999; 2001), é característico de posturas face ao autocuidado aderentes ao perfil responsável e, em certa medida, quando a avaliação é realística, ao perfil independente. Em oposição, *scores* baixos neste factor são mais característicos, por exemplo, de posturas próximas do perfil de abandono.

Tendo presente este enunciados, fomos estudar as correlações deste factor com os *scores* nos quatro perfis teóricos de autocuidado. O factor 2 – “percepção da condição física” - apresenta uma correlação positiva e forte com o *score* no perfil do autocuidado responsável ($Rho\ Spearman = 0,530; p < 0,001$) e com o *score* no perfil do autocuidado independente ($Rho\ Spearman = 0,340; p < 0,001$), factos em linha com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001). Quer isto dizer que os casos que evidenciam *scores* mais elevados na “percepção da condição física” são aqueles que, simultaneamente, evidenciam *scores* mais elevados no perfil responsável e no perfil independente. Em sentido oposto, verificou-se que os participantes com *scores* mais altos no perfil formalmente guiado e no perfil de abandono apresentam *scores* mais baixos neste factor 2, facto atestado pelas correlações negativas, ainda que ligeiras, mas com significado estatístico. Este tipo de resultado traduz a validade de constructo que o instrumento encerra.

Quando explorámos as relações entre os *scores* no factor 2 e a idade, verificámos que os participantes mais idosos eram aqueles que demonstravam uma percepção da sua condição fraca ($Rho\ Spearman = -0,319; p < 0,001$), resultado que está de acordo com o critério: quanto mais idoso é o indivíduo mais fraca será a sua (percepção da) condição física. Por outro lado, os participantes com maiores níveis de formação escolar, que como vimos aderiam a um perfil de autocuidado do tipo responsável, eram aqueles com *scores* mais elevados neste factor ($Rho\ Spearman = 0,285; p < 0,001$). Na mesma linha, os casos com melhores *scores* no nível global de dependência, o que significa menor dependência,

também tinham melhores avaliações da sua condição física (Rho Spearman = 0,389; $p < 0,001$).

Quando comparámos, através do teste de U Mann Withney, os *scores* médios obtidos neste factor 2 em função do sexo, do estado civil e da actividade profissional, percebemos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Com efeito, são os homens que apresentam melhor percepção da sua condição física, face às mulheres ($p = 0,001$). Os participantes casados ou em união de facto apresentam *scores* médios mais elevados quando comparados com os viúvos ($p = 0,020$), naquilo que diz respeito ao factor 2. De uma forma consistente com os resultados que fomos descrevendo ao longo deste capítulo, os participantes que, em termos profissionais, ainda se encontram na vida activa são aqueles com melhores *scores* na sua percepção da condição de saúde, face aos participantes reformados ($p = 0,017$).

Em síntese, constatámos que os participantes com melhor percepção da sua condição física são homens, com posturas face ao autocuidado com marcados traços do tipo responsável ou independente. Para além disso, tendem a ser os mais jovens e instruídos, assim como aqueles que se mantêm activos profissionalmente.

3.2.3. *“Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”*

Este terceiro factor explica 5,09% da variância total. Agrega os itens 26, 33, 37 e 45 e traduz, na nossa leitura, a ideia de “lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”. Os itens aqui incluídos, de acordo com a lógica que utilizámos para identificar os perfis de autocuidado dos participantes, derivam do perfil independente e do perfil responsável.

TABELA 23: Factor 3 – “Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”

Factor 3 – “Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas”		
Questão	Item de Informação	Correlação
26	Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	0,77
33	Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	0,61
37	Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	0,56
45	Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	0,34
		Eigenvalue 2,13
		% Variância Total 5,09
Média – 3,60; DP – 1,09		

Os itens 33 e 45 correspondem a um factor que emergiu no estudo de Zeleznik (2007), que a autora designou como “Lidar com as actividades da vida diária”. Para Zeleznik (2007) as pessoas com *scores* mais altos no factor que extraiu revelam uma postura face à vida que é sustentada pela vontade dos indivíduos em serem responsáveis pela sua condição de saúde, traduzindo a preservação da capacidade e do desejo do cliente em manter a gestão, controlo e satisfação das suas actividades quotidianas, nomeadamente aquelas que se referem aos tratamentos e medicação. Os dois itens adicionais que se agregam no “nosso” factor 3 vêm reforçar aquilo que Zeleznik (2007) propõe, razão que nos levou a optar por uma designação do factor ainda mais tradutora da autonomia. Pensamos que este factor encerra grande valor na perspectiva clínica, na medida em que, as condições e elementos que engloba poderão influenciar a forma como cada cliente lidará ou se sentirá desafiado a lidar com as suas actividades quotidianas. Proot e colaboradores (2007) afirmam que a doença perturba a autonomia, limitando as oportunidades, mas também pode promover nos indivíduos – acreditamos que naqueles com perfis de autocuidado mais aderentes à postura responsável - uma reavaliação das possibilidades relativas às diferentes actividades e aspectos da vida quotidiana.

O valor da média da amostra para este factor diz-nos que, em traços globais, os participantes no nosso estudo, tendiam a evidenciar *scores* relativamente apreciáveis neste factor. A matriz das correlações entre os *scores* no factor 3 e os *scores* nos quatro perfis (teóricos) de autocuidado, mostra correlações positivas e fortes entre os *scores* no factor 3 e os *scores* no perfil responsável (Rho Spearman = 0,639; $p < 0,001$) e no perfil independente (Rho Spearman = 0,559; $p < 0,001$). Quer isto dizer que, os casos com *scores* mais altos nestes dois perfis de autocuidado, tendem a lidar de forma mais autónoma com as actividades quotidianas. Por outro lado, verificou-se que os casos com *scores* mais altos no

perfil formalmente guiado e de abandono apresentam *scores* mais baixos no factor 3, factos atestados pelas correlações negativas e estatisticamente significativas encontradas.

Dentro do quadro dos resultados que fomos apurando, constatámos que eram os participantes mais jovens aqueles que lidavam de forma mais autónoma com as actividades quotidianas (Rho Spearman = -0,388; $p < 0,001$). Por outro lado, os participantes com maior nível de formação escolar também apresentavam melhores *scores* no factor 3 (Rho Spearman = 0,391; $p < 0,001$); assim como aqueles com menores níveis de dependência (Rho Spearman = 0,623; $p < 0,001$).

Os resultados do teste de U Mann Withney, mostram-nos que os *scores* médios no factor 3, em função do estado civil e da actividade profissional, têm diferenças com significado estatístico. Com efeito, são os casados ou em união de facto quem apresenta *scores* médios mais elevados, face aos viúvos ($p = 0,004$). Os trabalhadores activos também evidenciam *scores* médios mais altos no factor, quando comparados com os reformados ($p = 0,001$). Quer isto dizer que os casados/união de facto e os trabalhadores activos que demonstram lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas.

No contexto deste nosso estudo, os participantes com melhores *scores* na variável – lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas – são aqueles com melhores *scores* no perfil de autocuidado responsável e no perfil independente; bem como as pessoas mais jovens e com mais escolaridade, que se mantêm activas profissionalmente. Acresce que a viuvez acaba por levar as pessoas a perderem alguma autonomia nas actividades do quotidiano, facto que coloca em destaque o papel do suporte familiar na forma como os clientes se autocuidam.

3.2.4. “Lidar de forma independente com os problemas de saúde”

O factor 4, pelas questões que agrega – 29 e 30 -, corresponde ao factor “*medication handling*” resultante no estudo de Zeleznick (2007). Para a autora este factor descreve a relação das pessoas face aos problemas de saúde, demonstrando uma motivação interior para a superação de desafios. Este factor explica 4,47% da variância total.

Para nós, e apoiados pelo suporte teórico que define o constructo perfil de autocuidado, sugere-nos que, para além do indivíduo tomar conta da sua medicação, gere os seus problemas de saúde de forma independente. As pessoas com formas mais independentes de lidar com a medicação e problemas de saúde, para Backman e Hentinen (1999), desejam viver de forma independente o quanto mais possível, escutando a sua “voz interna” e tendem a não procurar ajuda, tentando resolver sozinhas os problemas, muitas vezes por tentativa erro. Em rigor, os itens agregados neste factor são muito característicos do perfil de autocuidado do tipo independente.

TABELA 24: Factor 4 – “Lidar de forma independente com os problemas de saúde”

Factor 4 – “Lidar de forma independente com os problemas de saúde”		
Questão	Item de Informação	Correlação
29	Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	0,79
30	Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	0,82
		Eigenvalue 1,88
		% Variância Total 4,47
Média - 1,61; DP - 1,15		

Os valores da média e desvio padrão deste factor são bastante baixos, o que não surpreende, na medida em que, no nosso estudo, não nos foi possível encontrar nenhum participante com um perfil de autocuidado aderente ao tipo independente.

Contudo, este factor apresenta, naturalmente e de forma expectável, uma correlação positiva (moderada) com o *score* no perfil de autocuidado independente (Rho Spearman = 0,492; $p < 0,001$). Apresenta, ainda, uma correlação igualmente positiva, embora fraca, com o *score* no perfil do autocuidado responsável (Rho Spearman = 0,164; $p = 0,038$).

Pelo facto de as pessoas com um perfil de autocuidado independente tenderem a não procurar ajuda externa (profissional) quando confrontados com problemas de saúde, uma vez que acreditam possuírem os conhecimentos e os recursos necessários para lidarem com os seus problemas, podem ser consideradas especialmente vulneráveis nas suas transições (Meleis et al, 2000); configurando um verdadeiro desafio para a nossa acção profissional. Levantam-se aqui algumas questões que julgamos incontornáveis: *Como “chegar” a estes clientes? Quais as terapêuticas mais válidas para pessoas com perfis de autocuidado independente? Em que medida os recursos de “informoterapia” não poderão ser uma mais-valia para clientes com este perfil?...*

3.2.5. “Vida de Sacrifício”

O quinto factor reúne as questões ou itens 11 e 12 do instrumento de avaliação do perfil de autocuidado. Este factor explica 4,21% da variância total. O conteúdo que este factor versa conduz a histórias de vida duras e de sacrifício, onde tratar dos outros é um aspecto marcante.

TABELA 25: Factor 5 – “Vida de sacrifício”

Factor 5 – “Vida de sacrifício”		
Questão	Item de Informação	Correlação
11	Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	0,75
12	Tive uma vida de trabalho duro	0,80
		Eigenvalue 1,77
		% Variância Total 4,21
Média – 4,16; DP - 1,32		

O valor médio encontrado na nossa amostra neste factor indica-nos a existência vidas marcadas pelo sacrifício e dureza. De acordo com os estudos iniciais de Backman e Hentinen (1999), as pessoas com uma visão da sua vida marcada pelo sacrifício e dureza tendem a demonstrar uma atitude mais acrítica sobre as tarefas que desempenham, com uma clara tendência para aceitar a vida “como ela surge”, sem vontade ou desejo em alterar o seu rumo. Esta postura é contrária, por exemplo, a perfis de autocuidado aderentes a uma lógica responsável ou, até, independente.

Na realidade, o estudo das correlações dos *scores* deste factor 5 com os *scores* nos perfis de autocuidado mostram-nos que, quanto maior o *score* do factor maior será o *score* no perfil do autocuidado de abandono (Rho Spearman = 0,371; $p < 0,001$) e no *score* do perfil de autocuidado formalmente guiado (Rho Spearman = 0,244; $p = 0,002$). Assim, uma vida de sacrifício e de cuidado (sem escolha) aos outros pode levar a uma atitude face ao autocuidado marcada pela desistência e / ou pela necessidade da existência de uma figura tutelar. As correlações dos *scores* do factor 5 com os *scores* no perfil de autocuidado responsável reforçam o descrito anteriormente (Rho Spearman = -0,239; $p = 0,002$)

Em linha com o exposto no parágrafo anterior, verificou-se que as pessoas que encaram a vida com maior sacrifício são as que apresentam mais idade (Rho Spearman = 0,365; $p < 0,001$), as que apresentam maior nível global de dependência (Rho Spearman = -0,303; $p < 0,001$), e as que têm menor formação (Rho Spearman = -0,391; $p < 0,001$).

Quando comparamos, através do teste de U Mann Withney, os *scores* médios obtidos por este factor em função do estado civil e da actividade profissional, percebemos a existência de diferenças com significado estatísticas. Assim, os viúvos apresentam *scores* médios mais elevados que os casados/união de facto ($p=0,001$), bem como os reformados com *score* médio mais elevado face trabalhadores activos ($p<0,001$).

3.2.6. “Passividade face ao cuidado”

Este factor agrega as questões 28 e 48, explicando 3,97% da variância total. Em termos teóricos, descreve uma perspectiva da relação da pessoa com a saúde e os profissionais.

TABELA 26: Factor 6 – “Passividade face ao cuidado”

Factor 6 – “Passividade face ao cuidado”		
Questão	Item de Informação	Correlação
28	Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	0,41
48	Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	0,49
		Eigenvalue 1,67
		% Variância Total 3,97
Média - 2,43; DP - 1,32		

Os resultados do estudo dos *scores* deste factor 6 com os *scores* nos quatro perfis (teóricos) de autocuidado mostra-nos que as pessoas com maior passividade face ao cuidado prestado e na relação com os profissionais, em linha com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999), tendem a ser aquelas com *scores* mais altos no perfil do autocuidado formalmente guiado (Rho Spearman = 0,647; $p<0,001$). O facto deste factor integrar o item 48 – “*Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente*” – marcadamente característico de uma postura do tipo independente, explica a sua correlação positiva (moderada) com o *score* no perfil do autocuidado independente (Rho Spearman = 0,436; $p<0,001$). Pelo contrário, como seria expectável, verificou-se que os casos com *scores* mais altos no perfil de autocuidado responsável apresentam *scores* mais baixos neste factor 6 (Rho Spearman = -0,179; $p=0,023$).

No que se reporta às associações entre os *scores* neste factor e as variáveis de atributo dos participantes, vale a pena destacar o facto de, quanto maior a formação dos indivíduos menor é o *score* no factor 6 (Rho Spearman = -0,191; $p=0,012$); assim como: os casos com *scores* mais altos no nível de dependência – logo “mais independentes” – são aqueles que apresentam *scores* mais baixos neste factor (Rho Spearman = -0,191; $p=0,021$). Em síntese, no contexto do nosso estudo, as pessoas com maior passividade face aos cuidados prestados são aqueles com menor formação escolar e os mais dependentes nas actividades básicas de autocuidado.

3.2.7. “Perda da autonomia”

O sétimo factor extraído é composto pelos itens 10 e 46, o qual explica 3,64% da variância total, tendo sido denominado como “perda da autonomia”. Apesar do item 10 – “*Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência*” – poder indiciar uma pessoa que cedo se autonomizou, por via do trabalho e dos seus proveitos; em rigor, traduz a situação, na perspectiva das pessoas que participaram no estudo, da necessidade e obrigação de começar a trabalhar cedo. Muitos dos participantes, quando falam a propósito deste item, revelavam alguma amargura pelo facto de não poderem ter escolhido outro rumo para as suas vidas. Começar a trabalhar cedo não foi, nitidamente, uma escolha livre, foi uma imposição. O outro item que dá corpo ao factor 7 traduz um cenário de perda da autonomia, atestado pela percepção da “dependência dos outros”.

TABELA 27: Factor 7 – “Perda da autonomia”

Factor 7 – “Perda da autonomia”		
Questão	Item de Informação	Correlação
10	Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	0,41
46	Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	0,67
		Eigenvalue 1,53
		% Variância Total 3,64
Média - 3,82; DP - 1,02		

A matriz das correlações entre os *scores* no factor 7 e os *scores* nos quatro perfis de autocuidado proposto por Backman e Hentinen (1999; 2001) demonstra uma correlação

positiva (forte) deste factor com o *score* no perfil do autocuidado de abandono (Rho Spearman = 0,703; $p < 0,001$) e uma correlação positiva (moderada) (Rho Spearman = 0,210; $p = 0,007$) com o *score* no perfil do autocuidado formalmente guiado. Em sentido oposto vão as correlações do factor 7 com os *scores* no perfil responsável (Rho Spearman = -0,358; $p < 0,001$) e no perfil independente (Rho Spearman = -0,274; $p < 0,001$). Dada a natureza do factor isolado, este tipo de correlações era expectável, facto que traduz a robustez e a validade da perspectiva teórica que está na base deste estudo.

Tendo em consideração as principais variáveis de atributo dos participantes, constatámos que as com mais idade eram aquelas com *scores* mais altos no factor 7 (Rho Spearman = 0,192; $p = 0,015$). Quer isto dizer que são as pessoas mais velhas que tendem a ter uma maior percepção da perda da sua autonomia, facto que alinha com aquilo que é tomado por critério teórico. Também eram as pessoas com menor formação escolar aquelas com maiores sentimentos de perda da sua autonomia (Rho Spearman = -0,284; $p < 0,001$). Com efeito, os casos com níveis mais marcados de dependência nas actividades básicas do autocuidado, logo com menores *scores* no nível global de dependência, eram aqueles com maiores sentimentos de perda da autonomia (Rho Spearman = -0,399; $p < 0,001$).

Os valores médios deste factor apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas naquilo que se reporta à variável “estado civil”. Assim, quando comparámos o grupo dos casados ou em união de facto com o grupo dos viúvos, através do teste de U Mann Withney, constatámos que são os viúvos aqueles com maior percepção de perda da sua autonomia ($p = 0,031$).

3.2.8. “Resignação face ao envelhecimento”

O factor 8 é constituído pelos itens 34, 41 e 42 do instrumento de identificação e descrição do perfil de autocuidado dos clientes. Ao analisarmos este factor, reparamos que os itens 41 e 42 pertencem ao sexto factor que emergiu do estudo de Rasanen, Backman e Kyngas (2007) e que as autoras designaram como “*percepções face ao futuro*”. Apesar de o factor dar uma perspectiva sobre o futuro, também por aquilo que é o item 34,

entendemos que o factor que isolámos é mais tradutor de uma “*resignação face ao envelhecimento*”.

Este oitavo factor explica 3,32% da variância total encontrada.

TABELA 28: Factor 8 – “Resignação face ao envelhecimento”

Factor 8 – “Resignação face ao envelhecimento”		
Questão	Item de Informação	Correlação
34	Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	0,39
41	Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	0,63
42	À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	0,78
		Eigenvalue 1,39
		% Variância Total 3,32
Média - 4,62; DP - 0,69		

O valor da média e do desvio padrão deste oitavo factor indiciam, dentro da nossa amostra, uma clara resignação face ao envelhecimento, por parte dos participantes.

A resignação face ao envelhecimento, de acordo com a teoria de Backman e Hentinen (1999; 2001), pode ser entendida como um traço característico do perfil de autocuidado de abandono. Com efeito, existe uma correlação positiva (ainda que fraca) entre o *score* no factor 8 e o *score* no perfil de autocuidado de abandono (Rho Spearman = 0,263; $p=0,001$). A correlação dos *scores* do factor 8 com os *scores* do perfil de autocuidado formalmente guiado não tem significado estatístico. No que se refere aos *scores* do perfil responsável (Rho Spearman = -0,360; $p<0,001$) e independente (Rho Spearman = -0,368; $p<0,001$), como era expectável, existem correlações negativas.

Acresce ao exposto que são as pessoas mais velhas (Rho Spearman = 0,195; $p=0,013$) e as que têm menor formação escolar (Rho Spearman = -0,180; $p=0,022$) as que apresentam maior resignação face ao envelhecimento.

3.2.9. “Percepção de suporte familiar”

O nono factor extraído é composto pelos itens 36 e 39, traduzindo aquilo que designamos como “percepção de suporte familiar”, explicando 3,26% da variância total. Este factor corresponde ao quarto factor isolado no estudo de Zeleznick (2007), que a autora designou por “relações familiares”.

TABELA 29: Factor 9 – “Percepção de suporte familiar”

Factor 9 – “Percepção de suporte familiar”		
Questão	Item de Informação	Correlação
36	Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	0,62
39	Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	0,70
		Eigenvalue 1,37
		% Variância Total 3,26
Média - 4,57; DP - 0,73		

O valor da média deste factor, no quadro do nosso estudo, revela uma elevada “percepção de suporte familiar”, facto associado à natureza rural do ambiente onde se desenrolou o estudo; contexto onde se tende a preservar os laços familiares e as relações significativas de proximidade.

De acordo com Zeleznick (2007) e com base nos pressupostos de Backman e Hentinen (1999; 2001), *scores* elevados neste factor são consentâneos com uma atitude positiva face ao autocuidado. É um facto que o suporte familiar é um dos aspectos que mais pode condicionar o curso das transições, tal como descrito por Meleis e colaboradoras (2000).

O estudo das correlações entre os *scores* neste factor e os *scores* nos quatro perfis de autocuidado não revelaram resultados estatisticamente significativos. No entanto, quando analisamos a influência das variáveis de atributo nos *scores* do factor 9, percebemos que são as pessoas com maior formação escolar, aquelas que evidenciam maior percepção de suporte familiar ($Rho\ Spearman = 0,060$; $p=0,048$).

3.2.10. “Relações interpessoais significativas”

O décimo factor extraído na análise factorial empreendida vem na linha do factor anterior. Com efeito, o factor 10 agrega os itens 35 e 49, tendo sido denominado como “relações interpessoais significativas”. Este factor explica 3,03% da variância total encontrada.

Atendendo à composição do nosso décimo factor, percebemos a sua proximidade com o factor 5 do estudo de Zeleznick (2007), denominado “*envelhecer significativo e estimulante*”.

TABELA 30: Factor 10 – “Relações interpessoais significativas”

Factor 10 – “Relações interpessoais significativas”		
Questão	Item de Informação	Correlação
35	Aprecio a companhia de outras pessoas	0,73
49	Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades	0,38
		Eigenvalue 1,27
		% Variância Total 3,03
Média - 4,16; DP - 1,14		

O valor da média encontrado para este factor, tal como relativamente ao factor 9, revela a percepção de fortes relações interpessoais, por parte dos participantes.

Este factor apresenta uma correlação positiva moderada com o *score* do perfil de autocuidado de responsável (Rho Spearman = 0,344; $p < 0,001$), assim como uma correlação positiva, embora fraca, com o *score* no perfil no autocuidado independente (Rho Spearman = 0,213; $p = 0,007$). Quer isto significar que as pessoas com *scores* mais altos no perfil de autocuidado responsável e / ou no perfil independente tendem a evidenciar relações interpessoais mais significativas, aspecto que pode facilitar o curso das transições que experienciam. Em sentido oposto vai a correlação dos *scores* no factor 10 com os *scores* no perfil de autocuidado de abandono (Rho Spearman = -0,303; $p < 0,001$).

Naquilo a que se reporta à influência das variáveis de atributo nos *scores* do factor 10 destaca-se o facto de serem as pessoas com maior formação escolar aquelas que percebem melhores relações interpessoais (Rho Spearman = 0,223; $p = 0,004$),

3.2.11. “Sentimento de amargura”

O factor 11 agrega os itens 16 e 21 do instrumento, explicando 2,69% da variância total. No estudo de Zeleznick (2007) encontramos o factor 9 com o item 16 e 21 comum ao nosso, que a autora designou por “*eventos passados*”. No entanto, o nosso factor 11, dada a natureza dos itens agregado, foi nomeado como “*sentimento de amargura*”. É verdade que este factor se reporta a “*eventos passados*”, mas parecem deixar nas pessoas que participaram no nosso estudo um “*sentimento de amargura*”. A amargura parece ser um traço do perfil de autocuidado de abandono. Backman e Hentinen (1999) referem que as pessoas com este perfil de autocuidado apresentam uma grande tristeza e amargura, normalmente devido a um evento traumático, sentindo que a sua vida tem sido miserável.

Suportados por esta perspectiva, decidimos colocar o item 15 neste factor, embora com saturação ligeiramente inferior ao que exibiu no factor 5.

TABELA 31: Factor 11 – “Sentimento de amargura”

Factor 11 – “Sentimento de amargura”		
Questão	Item de Informação	Correlação
15	<i>Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)</i>	0,46
16	Há acontecimentos tristes no meu passado recente	0,78
21	A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	0,46
		Eigenvalue 1,13
		% Variância Total 2,69
Média - 3,16; DP - 1,30		

Na análise à matriz de correlações, constatámos que os *scores* neste factor revelam uma correlação positiva com os *scores* no perfil de autocuidado de abandono (Rho Spearman = 0,561; $p < 0,001$), resultado que é consistente com a teoria de base. Em sentido oposto, constatámos que, quanto mais alto era o *score* no perfil de autocuidado responsável menor era o *score* no factor 11 (Rho Spearman = -0,260; $p = 0,001$).

Constatámos, ainda, que eram as pessoas com menor formação (Rho Spearman = -0,324; $p < 0,001$) e com maiores níveis de dependência nas actividades básicas de autocuidado (Rho Spearman = -0,169; $p = 0,042$) aquelas com maiores sentimentos de amargura.

Quando comparamos, através do teste de U Mann Withney, os *scores* médios obtidos por este factor em função do sexo e do estado civil, percebemos que existem diferenças com significado estatístico. Com efeito, são as mulheres que evidenciam *scores* médios mais elevados neste factor, quando comparadas com os homens ($p = 0,015$). Quanto ao estado civil, são os viúvos que revelam maiores sentimentos (negativos) de amargura, em comparação com os casados ou em união de facto ($p = 0,008$).

3.2.12. “Capacidade de decisão e responsabilidade”

O factor 12, que designámos como “capacidade de decisão e responsabilidade”, agrega os itens 13,14,23 e 27 e explica 2,61% da variância total. No estudo de Zeleznik (2007) os itens 13 e 14 formam um único factor, que a autora nomeou como “*confiança*”,

uma vez que a semântica destes itens evidencia, essencialmente, a confiança dos sujeitos em si próprio e nas suas acções. Backman e Hentinen (2001) definem a auto-eficácia, que aqui aproximamos do conceito de confiança, como uma crença de que se é “suficientemente bom”; facto que leva o indivíduo a sentir-se como útil e válido, envolvendo-se, assim, mais activamente em comportamentos de procura de saúde.

TABELA 32: Factor 12 – “Capacidade de decisão e responsabilidade”

Factor 12 – “Capacidade de decisão e responsabilidade”		
Questão	Item de Informação	Correlação
13	Fui sempre o principal sustento da minha família	0,36
14	Decidi sempre tudo sobre a minha vida	0,77
23	Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	0,31
27	Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	0,36
		Eigenvalue 1,10
		% Variância Total 2,61
Média - 4,13; DP - 0,73		

Globalmente, os participantes no nosso estudo são pessoas com elevada capacidade de decisão e responsabilidade, se nos detivermos no valor da média apurado para o factor 12.

Muito por força da natureza do desvio padrão encontrado, o estudo das correlações entre os *scores* no factor 12 e os *scores* nos quatro perfis de autocuidado não revelou resultados estatisticamente significativos.

No entanto, quando comparámos, através do teste de U Mann Withney, os *scores* médios obtidos neste factor por homens e mulheres, percebemos que eram os homens aqueles que evidenciavam maior capacidade de decisão e assunção de responsabilidades ($p < 0,001$). Acreditamos que estes resultados serão muito influenciados por aquilo que foram os princípios centrais da educação durante muitos anos no nosso país.

3.2.13. “Aceitação dos tratamentos”

Este factor, na realidade, corresponde ao item 31, explicando 2,59% da variância total encontrada.

TABELA 33: Factor 13 – “Aceitação dos tratamentos”

Factor 13 – “Aceitação dos tratamentos”		
Questão	Item de Informação	Correlação
31	Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	0,80
		Eigenvalue 1,09
		% Variância Total 2,59
Média - 4,56; DP - 1,02		

A aceitação dos tratamentos, de acordo com o conteúdo do item 31, traduz a convicção, por parte da pessoa, de que os tratamentos que lhe são propostos são os mais adequados. Os *scores* deste factor apresentam uma correlação positiva, ainda que fraca, com o *score* no *perfil* de autocuidado formalmente guiado (Rho Spearman = 0,157; $p=0,046$), resultado que é consistente com a teoria.

3.2.14. “Medo da perda de autonomia”

O último factor extraído agrega os itens 47 e 51, explicando 2,52% da variância total.

O item 47 demonstra a vontade do indivíduo em não querer depender de outros, o que apesar de poder traduzir uma postura do tipo independente, também pode ser tradutor de algum receio. Com frequência, durante a colheita de dados, a respeito deste item, percebíamos que as pessoas tinham medo de, no futuro, terem que depender dos outros (“Tenho medo... não quero dar trabalho”) e transformarem-se num “peso morto ou empecilho”. O item 51, em si mesmo, encerra grande carga negativa: “tenho medo do futuro”.

TABELA 34: Factor 14 – “Medo da perda de autonomia”

Factor 14 – “Medo da perda de autonomia”		
Questão	Item de Informação	Correlação
47	É importante para mim não ser um fardo para ninguém	0,67
51	Tenho medo do futuro	0,60
		Eigenvalue 1,06
		% Variância Total 2,52
Média - 3,53; DP - 1,13		

Este factor apresenta uma correlação positiva, mas fraca, com o *score* do perfil de autocuidado de abandono (Rho Spearman = 0,222; $p=0,005$) e uma correlação negativa com o *score* no perfil de autocuidado responsável (Rho Spearman = -0,156; $p=0,048$). Com efeito, o medo do futuro e da dependência de outros, com base nos estudos de Backman e Hentinen (1999; 2001) é um traço de posturas face ao autocuidado do tipo abandono. Expomos assim, em jeito de conclusão, o carácter das correlações que dos *scores* dos 14 factores extraídos guardam entre si¹, com recurso ao teste de Rho Spearman.

¹ Factor 1 - "Lidar de forma responsável com os problemas de saúde"

Factor 2 - "Percepção da condição física"

Factor 3 - "Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas"

Factor 4 - "Lidar de forma independente com os problemas de saúde"

Factor 5 - "Vida de sacrifício"

Factor 6 - "Passividade face ao cuidado"

Factor 7 - "Perda da autonomia"

Factor 8 - "Resignação face ao envelhecimento"

Factor 9 - "Percepção de suporte familiar"

Factor 10 - "Relações interpessoais significativas"

Factor 11 - "Sentimento de amargura"

Factor 12 - "Capacidade de decisão e responsabilidade"

Factor 13 - "Aceitação dos tratamentos"

Factor 14 - "Medo da perda de autonomia"

TABELA 35: Correlações entre os *scores* dos factores extraídos

Correlação		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12	Factor 13	Factor 14
Factor 1	Rho Spearman p	1,000	0,443 <0,001	0,502 <0,001	0,117 0,139	-0,280 <0,001	-0,179 0,023	-0,305 <0,001	-0,291 <0,001	0,101 0,204	0,326 <0,001	-0,222 0,005	0,139 0,078	0,096 0,225	-0,087 0,273
Factor 2	Rho Spearman p	0,443 <0,001	1,000	0,539 <0,001	0,127 0,107	-0,279 <0,001	-0,118 0,135	-0,311 <0,001	-0,263 0,001	0,176 0,025	0,279 <0,001	-0,272 <0,001	0,091 0,251	-0,002 0,980	-0,177 0,024
Factor 3	Rho Spearman p	0,502 <0,001	0,539 <0,001	1,000	0,065 0,410	-0,287 <0,001	-0,170 0,031	-0,526 <0,001	-0,246 0,002	0,105 0,185	0,275 <0,001	-0,264 0,001	0,044 0,580	0,071 0,368	-0,131 0,098
Factor 4	Rho Spearman p	0,117 0,139	0,127 0,107	0,065 0,410	1,000	0,081 0,305	0,225 0,004	0,090 0,257	-0,348 <0,001	-0,097 0,223	0,070 0,378	0,069 0,383	0,016 0,837	-0,114 0,150	0,087 0,273
Factor 5	Rho Spearman p	-0,280 <0,001	-0,279 <0,001	-0,287 <0,001	0,081 0,305	1,000	0,257 0,001	0,277 <0,001	0,100 0,206	-0,035 0,660	-0,136 0,086	0,323 <0,001	0,145 0,067	-0,006 0,936	0,090 0,259
Factor 6	Rho Spearman p	-0,179 0,023	-0,118 0,135	-0,170 0,031	0,225 0,004	0,257 0,001	1,000	0,172 0,029	-0,182 0,021	0,054 0,500	0,015 0,852	0,084 0,292	0,004 0,955	0,066 0,408	0,055 0,489
Factor 7	Rho Spearman p	-0,305 <0,001	-0,311 <0,001	-0,526 <0,001	0,090 0,257	0,277 <0,001	0,172 0,029	1,000	0,179 0,023	-0,119 0,134	-0,075 0,347	0,207 0,008	0,002 0,984	-0,020 0,799	0,153 0,052
Factor 8	Rho Spearman p	-0,291 <0,001	-0,263 0,001	-0,246 0,002	-0,348 <0,001	0,100 0,206	-0,182 0,021	0,179 0,023	1,000	-0,047 0,556	-0,175 0,027	0,100 0,207	-0,039 0,620	-0,080 0,312	-0,048 0,547
Factor 9	Rho Spearman p	0,101 0,204	0,176 0,025	0,105 0,185	-0,097 0,223	-0,035 0,660	0,054 0,500	-0,119 0,134	-0,047 0,556	1,000	0,353 <0,001	-0,088 0,269	0,144 0,069	0,241 0,002	-0,193 0,014
Factor 10	Rho Spearman p	0,326 <0,001	0,279 <0,001	0,275 <0,001	0,070 0,378	-0,136 0,086	0,015 0,852	-0,075 0,347	-0,175 0,027	0,353 <0,001	1,000	-0,226 0,004	0,132 0,095	0,106 0,183	-0,124 0,116
Factor 11	Rho Spearman p	-0,222 0,005	-0,272 <0,001	-0,264 0,001	0,069 0,383	0,323 <0,001	0,084 0,292	0,207 0,008	0,100 0,207	-0,088 0,269	-0,226 0,004	1,000	0,035 0,660	-0,116 0,143	0,200 0,011
Factor 12	Rho Spearman p	0,139 0,078	0,091 0,251	0,044 0,580	0,016 0,837	0,145 0,067	0,004 0,955	0,002 0,984	-0,039 0,620	0,144 0,069	0,132 0,095	0,035 0,660	1,000	0,072 0,363	-0,015 0,852
Factor 13	Rho Spearman p	0,096 0,225	-0,002 0,980	0,071 0,368	-0,114 0,150	-0,006 0,936	0,066 0,408	-0,020 0,799	-0,080 0,312	0,241 0,002	0,106 0,183	-0,116 0,143	0,072 0,363	1,000	-0,119 0,133
Factor 14	Rho Spearman p	-0,087 0,273	-0,177 0,024	-0,131 0,098	0,087 0,273	0,090 0,259	0,055 0,489	0,153 0,052	-0,048 0,547	-0,193 0,014	-0,124 0,116	0,200 0,011	0,015 0,852	-0,119 0,133	1,000

Correlação positiva
 Correlação negativa

Na análise deste quadro, podemos admitir que existem dois grupos de factores a que Meleis e colaboradores (2000) designam de *condicionadores* no processo de transição. Os que *facilitam* a transição serão os factores que se relacionam positivamente entre si, com *score* alto, e os que a dificultam, os factores que se correlacionam negativamente entre si, quando *score* igualmente alto.

A figura seguinte dá conta da síntese da natureza das correlações dos *scores* dos 14 factores extraídos com os *scores* nos quatro perfis de autocuidado que estruturam a teoria de Backman e Hentinen (1999; 2001).

TABELA 36: Matriz de Correlação entre os *scores* dos factores extraídos e os *scores* nos quatro perfis de autocuidado

Correlação		Score no perfil Responsável	Score no perfil Formalmente Guiado	Score no perfil Independente	Score no perfil de Abandono
Factor 1	Rho Spearman P	0,913 <0,001	-0,326 <0,001	0,342 <0,001	-0,443 <0,001
Factor 2	Rho Spearman P	0,530 <0,001	-0,231 0,003	0,340 <0,001	-0,502 <0,001
Factor 3	Rho Spearman P	0,639 <0,001	-0,333 <0,001	0,559 <0,001	-0,632 <0,001
Factor 4	Rho Spearman P	0,164 0,038	-0,030 0,703	0,492 <0,001	0,040 0,617
Factor 5	Rho Spearman P	-0,239 0,002	0,244 0,002	-0,111 0,162	0,371 <0,001
Factor 6	Rho Spearman P	-0,179 0,023	0,647 <0,001	0,436 <0,001	0,098 0,216
Factor 7	Rho Spearman P	-0,358 <0,001	0,210 0,007	-0,247 <0,001	0,703 <0,001
Factor 8	Rho Spearman P	-0,360 <0,001	-0,093 0,242	-0,368 <0,001	0,263 0,001
Factor 9	Rho Spearman P	0,140 0,076	0,037 0,639	0,072 0,364	-0,152 0,054
Factor 10	Rho Spearman P	0,344 <0,001	-0,015 0,853	0,213 0,007	-0,303 <0,001
Factor 11	Rho Spearman P	-0,260 0,001	0,089 0,262	-0,149 0,059	0,561 <0,001
Factor 12	Rho Spearman P	0,149 0,059	0,103 0,193	0,030 0,702	0,070 0,381
Factor 13	Rho Spearman P	0,108 0,171	0,157 0,046	0,077 0,330	-0,106 0,182
Factor 14	Rho Spearman P	-0,156 0,048	0,048 0,542	0,093 0,243	0,222 0,005

	Correlação positiva
	Correlação negativa

Desta análise percebemos que os factores que apresentam correlações positivas com o *score* do perfil de autocuidado operam como facilitadores das transições dos nossos clientes. Em sentido oposto, os factores que se relacionam de forma negativa com o *score* do perfil de autocuidado apresentam-se como inibidores de uma transição eficaz.

Neste teor, admitimos que os factores emergentes deste trabalho encerram em si um enorme potencial para a manutenção ou reconstrução da autonomia dos nossos clientes, tendo em conta o seu perfil de autocuidado.

4. CONCLUSÕES

Este percurso de investigação permitiu-nos compreender o potencial de utilização clínica de uma subescala do instrumento, orientada para a descrição dos perfis de autocuidado dos clientes.

O valor encontrado pela estatística Alfa de Cronbach, do instrumento utilizado para efeito da recolha de dados, (0,48) recomenda-nos grande cautela na leitura dos resultados deste estudo. No entanto, e porque reconhecemos a sua validade, poderá ser de extrema importância, do ponto de vista clínico, servindo como guia orientador, no processo de colheita de dados. Neste âmbito, o instrumento pode não ser utilizado na sua totalidade, mas os seus diferentes itens poderão permitir ao enfermeiro identificar com maior propriedade *“características definidoras”* do *perfil de autocuidado* dos seus clientes.

Pensamos que o instrumento poderá sofrer adaptações numa vertente transcultural, uma vez que a população utilizada no instrumento primário, para além de serem indivíduos mais velhos (superior a 75 anos), apresentava um nível de formação escolar mais elevado, com o acréscimo das marcadas diferenças entre a população do Norte da Europa e a população portuguesa. Pensamos também que a dimensão da nossa amostra (161) poderá ter contribuído para as nítidas limitações de fidelidade dos resultados.

Tomando por referência os objectivos que nortearam esta investigação, importa salientar que a maioria dos casos estudados podem, à partida, serem categorizados como pessoas com um perfil de autocuidado *“indefinido”*; o que traduz associação de características oriundas dos quatros perfis teóricos propostos por Backman e Hentinen (1999). Relativamente ao perfil de autocuidado apenas 25% de casos apresentam um perfil de autocuidado, *“puro”*, sendo que 29 casos pertencem ao perfil *“responsável”*, 8 ao perfil *“formalmente guiado”* e 3 reflectem o perfil de *“abandono”*. Cerca de 16,2% de casos apresentam um perfil de autocuidado predominantemente de um dos tipos: *“predominantemente responsável”* surge com 17 casos, *“predominantemente formalmente guiado”* com 6 casos e o *“predominantemente de abandono”* apresenta 3 casos.

O perfil de autocuidado de abandono surge fortemente associado a pessoas do sexo feminino, viúvas e reformadas. Quanto ao perfil responsável são os trabalhadores activos e os casados /união de facto quem apresenta mais características definidoras deste perfil.

Do *processo de análise factorial exploratória* resultaram 14 factores que reflectem a postura dos participantes, face ao autocuidado, demonstrando que estes se dividem em dois grupos; pessoas com atitudes pró-activas que encaram o envelhecimento como algo positivo e estimulante, capazes de lidar com os seus problemas de saúde, e outro grupo com características de maior passividade, marcados pela resignação/ aceitação, demonstrando sentimentos negativos face ao futuro, manifestados pelo medo da perda de autonomia.

Neste estudo verifica-se uma associação entre o perfil de autocuidado responsável e o nível de dependência, constatando-se que as pessoas com predominância deste perfil apresentam maior nível de independência.

Concluimos que a atitude da pessoa face ao autocuidado é influenciada não apenas pelo seu percurso biográfico (Backman & Hentinen; 1999; 2001), mas, também pela postura da pessoa, que aqui descrevemos como factores, que orientam o sentido que esta toma na procura de comportamentos de saúde e, assim o interesse que atribui à sua autonomia.

Ao longo do percurso de investigação, fomos deparando com algumas dificuldades/limitações que dificultavam a concretização dos nossos objectivos. A primeira dificuldade passou por conseguirmos que todos os enfermeiros/investigadores dos respectivos serviços, se organizassem de forma a aplicar o formulário a todas as pessoas que reunissem os critérios da nossa amostra, reduzindo o mais possível, a “fuga” de casos com interesse para o efeito. Outra limitação passou pela existência de questões com dupla interpretação o que pode conduzir a enviesamento de resultados, tomando como exemplo, a questão nº 28, - “não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico”. A pessoa ao referir confiar no médico, pode-nos indicar um perfil mais “formalmente guiado” ou de “abandono”, no entanto, ao referir que quer saber para que doenças são os medicamentos sugere-nos mais o perfil “responsável” ou “independente”.

Perante o exposto, devemos ainda referir que a maior condicionante na realização deste estudo se deveu essencialmente ao reduzido tempo útil, para a concretização do

mestrado, que nos confinou o tamanho da amostra. No entanto, cremos, que a validação do instrumento, com um número de casos superior ao do nosso estudo, permitirá alcançar um α de Cronbach superior e mais seguro.

Admitimos que, os resultados alcançados pela presente investigação devem ser utilizados com cautela em futuros estudos no âmbito do autocuidado.

Em síntese:

- *O instrumento de avaliação do perfil de autocuidado dos clientes que utilizámos no estudo, deve ser usado com ponderação e ser, eventualmente, reformulado para a população portuguesa, uma vez que ficou demonstrado que uma grande percentagem de indivíduos da amostra foi categorizada como “indefinida”, relativamente ao perfil de autocuidado. Todavia, admite-se que muitos dos casos estudados sejam, na realidade, no que se reporta ao seu perfil de autocuidado, pessoas com perfis “indefinidos” ou uma mescla de características oriundas dos quatro perfis teóricos definidos por Backman e Hentinen; 1999; 2001.*
- *O conhecimento do perfil de autocuidado das pessoas ajuda-nos a compreender muitos aspectos da sua vida, potenciando abordagens terapêuticas mais significativas.*
- *Existem factores que devem ser tomados em atenção, considerados como “áreas intermédias” que nos dão orientação da postura da pessoa face ao autocuidado.*
- *Este estudo deverá constituir um desafio para o futuro, para efeito da prática clínica, quer da própria pessoa face ao perfil de autocuidado, quer da pessoa prestadora de cuidados, relativo ao perfil de autocuidado dos que lhe são significativos, pretendendo-se que se adoptem posturas de promoção da autonomia.*

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, I. & FREIRE, T. – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga. Psiquilibrios, 2003.
- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – *Model for the self-care of home-dwelling elderly*. Journal of Advanced Nursing, Vol.30, nº3, Setembro 1999, p.564-572.
- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – *Factors associated with the self-care of homedwelling elderly*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol. 15, nº 3, 2001 ,p.195-202.
- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. – *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. Oxford, 1989.
- BOTELHO, A. – *A Funcionalidade dos idosos*. In PAÛL, C.; FONSECA, A. M. – *Envelhecer em Portugal*: Climepsi, 2005, p. 111 – 115.
- CALDAS, C. – *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, nº. 3, Junho 2003,p. 773 – 781.
- CALLAGHAN, D.; – *Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency*. Nursing Science Quarterly, 2003.
- CAMARGOS, M.; MACHADO, C.; RODRIGUES, R. - *Expectativa de vida para idosos brasileiros em 2003, segundo diferentes níveis de incapacidade funcional*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 24, n.º 4, Abril 2008,p. 845 – 852.
- DUQUE, H.; *O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a acção profissional dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009.
- ELIOPOULOS, C. *Enfermagem gerontológica* (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed, 2005.
- FORTIN, M.; – *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. 3ª ed., Loures: Lusociência, 1999.
- FORTIN, M.; – *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 2003.
- GIL, A.; - *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.
- HICKS,C.–*Research Methods for Clinical Therapists*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2006.

HILLI, M. & HILL, A.; – *Investigação por questionário*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

HOOGERDUIJN, J. [et al] – *A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline*. Journal of Clinical Nursing, Vol.16, nº1, Janeiro 2006, p.46-57.

HOY, B. [et al.] - *Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept*. Journal compilation, 2007, p. 456-466.

ICN (International Council of Nurses) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE: Versão Beta. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros, 2000 a).

ICN (International Council of Nurses) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE: Versão 1.0. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros, 2006 b).

ICN (International Council of Nurses) – *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. CIPE: Versão 2. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros 2011 c)

INE (Instituto Nacional de Estatística) - *Censos 2001: XIV recenseamento geral da população, IV recenseamento geral da habitação, censos 2001, resultados definitivos Norte*. I.N.E., Lisboa, 2001.

JONHSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2nd Ed. São Paulo: Artmed Editora, 2004.

KÉROUAC, S. [et. al] – *El Pensamiento Enfermero*: Masson, 1996.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. – *Transition: a literature review*. Journal of Advanced Nursing, Vol.55, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J.- *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.Portugal,2001.

MARCONI, M. & LAKATOS, E. –*Técnicas de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MELEIS A. [et. al] – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advance in Nursing Science, 2000.

MELEIS, A. –*Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia:3ª Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MOSER, A. [et. al] – *Patient autonomy in nurse-led shared care: A review of theoretical and empirical literature*. Journal of Advanced Nursing, 2007.

NAIK, A. [et al] – *Conceptual Challenges and Practical Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults*. Journal Compilation. The American Geriatrics Society, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar, Lisboa, Dezembro 2001.

OREM, D. – *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Piramide, 1983 a).

OREM, D.; – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991 b), (p.131–161).

OREM, D.; – *Nursing concepts of practice*. 5ª Ed.St. Louis: Mosby Year Book, 1995 c).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Active Ageing a Policy Framework*. Madrid, 2002. [Em linha] [Consult. 26 de Fevereiro de 2010]. Disponível em URL: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>

PENDER, N. & PARSONS, M.; - *Health promotion in nursing practice*. 5ª Ed.Upper Saddle River, 2006.

PEREIRA, F.; – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.

PEREIRA, F.; - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. FORMASAU. Coimbra, 2009.

PESTANA, M. & GAGEIRO, J.; – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2ª ed., Lisboa: Edições Sílabo, 2000 a).

PESTANA, M. & GAGEIRO, J.; – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2ª ed., Lisboa: Edições Sílabo, 2005 b).

POLIT., D. & HUNGLER R –*Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª edição. Alegre: Artes Médicas, Porto, 1995.

POLIT, D., BECK, C., HUNGLER, B.– *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004.

PROOT, I. [et al] – *Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. A Concept Analysis*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy.; Vol.12, nº3, Setembro 1998 a), p.139-145.

.

PROOT, I. [et al] – *Facilitating and Constraining Factors on Autonomy: the views of Stroke Patients on Admission into Nursing Homes*. Clinical Nursing Research, Vol.9, nº4, Novembro 2000 b), p.460-478.

PROOT, I. [et al] – *Autonomy in Stroke Rehabilitation: The Perceptions of Care Providers in Nursing Home*, 2002 c).

PROOT, I. – *Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation*. Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, Março 2007 d), Vol.14, nº2, p.229-241.

PROOT, I. [et al] – *How do people with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study*. Disability and Rehabilitation, Março 2007 e), Vol. 29, nº6, p. 485-493.

RASENEN, P.; BACKMAN, K. & KYNGAS, H. – *Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderl*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol.21, nº3, 2007,p.397-405.

SEQUEIRA, E. – *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, 2011.

SILVA, M. [et al] – *Avaliação do grau de dependência nas actividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará*. Acta paulista de enfermagem, Vol. 19, n.º2, Abril – Junho 2006, p. 201 – 206.

SILVA, R. - *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da UCP, 2011.

SILVA-SMITH, A. & KOVACH, C. – *Positive Gain: Rethinking the Outcomes of Dependency*. Journal of Gerontological Nursing, Vol.32, nº5, Maio 2006, p.36-41.

SCHUMACHER, K. & MELEIS, A. – *Transitions: A central concept in nursing*. Journal of Nursing Scholarship, 1994.

SÖDERHAMN, O. – *Self-care activity as a structure: a phenomenological approach*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol.7, nº4, 2000 a),p.183-189.

SÖDERHAMN, O. – *Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE)*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol.8, nº2, 2001 b),p.67-71.

SPIEGEL, M. – Estatística. 3ª Edição (Coleção Schaum), São Paulo. McGraw-Hill, 1993.

ZELEZNIK, D. – *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia*, 2007.

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento original (Self-care of Home Dwelling Elderly)

ANEXO II: Instrumento de avaliação da Dependência sobre o autocuidado

ANEXO III: Instrumento de avaliação do perfil do autocuidado

ANEXO IV: Autorização do Conselho de Administração do CHTS

ANEXO V: Autorização dos autores para utilização da SCHDE

ANEXO VI: Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido

ANEXO VII: Perfis de autocuidado e questões associadas

ANEXO VIII: *Score* do perfil de autocuidado em função da variável “sexo”

ANEXO IX: Análise Factorial - Rotação de *Varimax* com normalização *Kaiser*

ANEXO X: Correlação nos *scores* nos factores emergentes e as variáveis “idade”, “formação escolar” e “nível global de dependência”

ANEXO XI: Comparação dos *scores* nos factores emergentes em função das variáveis “sexo”, “actividade profissional” e “estado civil”

ANEXO I: INSTRUMENTO ORIGINAL

Interview instrument: Self-care, functional capacity, life satisfaction and self esteem of the home-dwelling elderly.

Locality _____

Place of residence

- 1 built-up area
- 2 rural area

Sex

1 male

2 female

Your main working experience

1 housekeeping

2 farming

3 work outside home

Your age in years

_____ years

Your way of living

1 alone

2 with a spouse/partner

3 with a spouse/partner and a child

4 with a child

5 with (an)other relative(s)

6 with a friend

Your marital status

1 married / cohabiting

2 unmarried

3 widowed

4 divorced

Your dwelling

Your education

1 house

2 apartment building

3 row house

4 old people's home

5 assisted-living unit

1 circulating school or less

2 primary or junior secondary school

3 vocational school

4 matriculation examination

5 post-secondary education

Types of self- care

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I had to start working in early adolescence	1	2	3	4	5
I sacrificed my life to housekeeping and child care	1	2	3	4	5
My life has been full of heavy labour	1	2	3	4	5
I have always been the main breadwinner in my family	1	2	3	4	5
I have always decided my self how I live	1	2	3	4	5
Past events make me bitter	1	2	3	4	5
There are sad events in my recent past	1	2	3	4	5
I still feel myself to be fairly young	1	2	3	4	5
The problems of growing old cause hardly any inconvenience in my life	1	2	3	4	5
I consider myself relatively healthy, although I have medication	1	2	3	4	5
I am in na equally good bodily condition as when I was younger	1	2	3	4	5
My life is dominated by various pains, aches and other complaints	1	2	3	4	5
I want to be responsible for my medication	1	2	3	4	5
I consult the health care personnel as soon as I feel I need help	1	2	3	4	5
My co-operation with doctors and nurses is natural and equal	1	2	3	4	5
I know what illnesses I have, and based on the information provided by experts, I also know how to best take care of them	1	2	3	4	5
I enjoy doing the daily chores in the house	1	2	3	4	5
I obediently take the medicines the doctor has prescribed me	1	2	3	4	5
I do not need to know what illnesses my medicines are meant for, as I trust in my doctor's expertise	1	2	3	4	5
I take medicines when I feel like it	1	2	3	4	5
I use my own good ways to take care of the illnesses diagnosed by the doctor rather than seek help	1	2	3	4	5
I believe that the treatments prescribed to me help best	1	2	3	4	5
I know best myself what things cause my problems	1	2	3	4	5
I can still take care of myself	1	2	3	4	5
I let other people take care of the daily chores	1	2	3	4	5
I enjoy other people's company	1	2	3	4	5
I have close and warm relations with my children and/or the other people who are close to me	1	2	3	4	5
My days are filled with things that I find meaningful and stimulation	1	2	3	4	5
Even as I am growing older, I feel I am getting ahead in life	1	2	3	4	5
I am confident about the future and trust that people will take care of me	1	2	3	4	5
As I am growing older, I inevitably spend less time in other people's company	1	2	3	4	5
I just have to adjust to the idea of growing old	1	2	3	4	5
As I am growing older, I have to give up the things I am no longer able to do	1	2	3	4	5
In old age I must let other people take care of my needs	1	2	3	4	5
I must accept the things that will be brought along by the future	1	2	3	4	5
I take care of my own needs and do not need help from anybody	1	2	3	4	5
I am dependent on the help given by my family and friends	1	2	3	4	5
It is important for me not be a burden on anybody	1	2	3	4	5
I am going to continue living at home, no matter how sick	1	2	3	4	5

I may become					
I have a few interpersonal relations that help me to cope	1	2	3	4	5
I feel I am no good for anything any more	1	2	3	4	5
I am afraid of the future	1	2	3	4	5

Self care orientation

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I feel I was accepted and loved as a child	1	2	3	4	5
I feel I was rejected as a child	1	2	3	4	5
I had a carefree youth and freely grew to be independent	1	2	3	4	5
I had many responsibilities when I was young, and I did not have time for myself	1	2	3	4	5
Adulthood was mentally the most strenuous time in my life	1	2	3	4	5
I enjoy life in old age	1	2	3	4	5
I suffer from uncertainty of life in old age	1	2	3	4	5
I have had to be content with my lot in life	1	2	3	4	5
I have had things in my life that have helped me to carry on	1	2	3	4	5
I have had hardships in my life that have exhausted my resources	1	2	3	4	5
Taking care of my own well-being has always been one of the most important things in my life	1	2	3	4	5
I have not had the time or the opportunity to think about myself and my own well-being	1	2	3	4	5
Old age is a good time in my life	1	2	3	4	5
Growing old causes me to feel bitter and sad	1	2	3	4	5

Life satisfaction

	Stronglydisagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
In most ways my life is close to my ideal	1	2	3	4	5
The conditions of my life are excellent	1	2	3	4	5
I am satisfied with my life	1	2	3	4	5
So far I have achieved the important things I want in life	1	2	3	4	5
If I could live my life over, I would change almost nothing	1	2	3	4	5

Self- esteem

	Stronglydisagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
On the whole, I am satisfied with myself	1	2	3	4	5
At times I think I am no good at all	1	2	3	4	5
I feel that I have a number of good qualities	1	2	3	4	5
I am able to do things as well as most other people	1	2	3	4	5
I feel I do not have much to be proud of	1	2	3	4	5
I certainly feel useless at times	1	2	3	4	5
I feel that I am a person of worth, at least on a equal plane with others	1	2	3	4	5
I wish I could have more respect for myself	1	2	3	4	5
All in all, I am inclined to feel that I am a failure	1	2	3	4	5
I take a positive attitude toward myself	1	2	3	4	5

Functional ability

	I can manage independently without difficulties	I can manage independently, but with difficulties	I cannot manage independently
Washing	1	2	3
Dressing	1	2	3
Getting out of bed	1	2	3
Toiletry	1	2	3
Moving indoors	1	2	3
Moving outdoors	1	2	3
Preparing a meal	1	2	3
Light housework	1	2	3
Managing tasks that require dexterity (e.g. taking the correct dose of medicine)	1	2	3
Taking a bath or having a shower	1	2	3
Shopping	1	2	3

**ANEXO II: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO
AUTOCUIDADO**

Instrumento de avaliação da dependência sobre o autocuidado

1 – Sexo: Masculino ____ Feminino ____

2 – Idade: <= 20 anos ____, > 20 <= 30 anos ____, > 30 <= 40 anos ____, > 40 <= 50 anos ____, > 50 <= 60 anos ____, > 60 <= 70 anos ____, > 70 <= 80 anos ____, > 80 anos ____

3 – Estado Civil: Solteiro ____, Casado ____, Viúvo ____, Outro ____

4 – Profissão: _____

5 – Com quem vive: Sozinho ____, Convivente / Parentesco _____

6 – Diagnóstico médico: _____

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<i>Tomar banho</i>	1	2	3	4
Entra e sai do chuveiro	1	2	3	4
Obtém objectos para o banho	1	2	3	4
Consegue água	1	2	3	4
Abre a torneira	1	2	3	4
Regula a temperatura da água	1	2	3	4
Regula o fluxo da água	1	2	3	4
Lava-se no chuveiro	1	2	3	4
Lava o corpo	1	2	3	4
Seca o corpo	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Vestir-se ou despir-se</i>	1	2	3	4
Escolhe as roupas	1	2	3	4
Retira as roupas da gaveta e do armário	1	2	3	4
Segura as roupas	1	2	3	4
Veste as roupas na parte superior do corpo	1	2	3	4
Veste as roupas na parte inferior do corpo	1	2	3	4
Despe as roupas na parte superior do corpo	1	2	3	4
Despe as roupas na parte inferior do corpo	1	2	3	4
Abotoa as roupas	1	2	3	4
Desabotoa as roupas	1	2	3	4
Usa cordões para amarrar	1	2	3	4
Usa fechos	1	2	3	4
Calça as meias	1	2	3	4
Descalça as meias	1	2	3	4
Calça os sapatos	1	2	3	4
Descalça os sapatos	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Alimentar-se</i>	1	2	3	4
Prepara os alimentos para a ingestão	1	2	3	4
Abre recipientes	1	2	3	4
Utiliza utensílios	1	2	3	4
Coloca o alimento nos utensílios	1	2	3	4
Pega no copo ou chávena	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca com recipiente	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca com os utensílios	1	2	3	4
Bebe por copo ou chávena	1	2	3	4

Coloca os alimentos na boca	1	2	3	4
Conclui uma refeição	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Arranjar-se</i>	1	2	3	4
Penteia ou escova os cabelos	1	2	3	4
Barbeia-se	1	2	3	4
Aplica maquilhagem	1	2	3	4
Cuida das unhas	1	2	3	4
Usa um espelho	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Cuidar da higiene pessoal</i>	1	2	3	4
Lava as mãos	1	2	3	4
Aplica desodorizante	1	2	3	4
Limpa a área do períneo	1	2	3	4
Limpa as orelhas	1	2	3	4
Mantém o nariz desobstruído e limpo	1	2	3	4
Mantém a higiene oral	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Auto-elevar</i>	1	2	3	4
Levantar parte do corpo				
<i>Usar o sanitário</i>	1	2	3	4
Ocupa e desocupa o sanitário	1	2	3	4
Tira as roupas	1	2	3	4
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	1	2	3	4
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	1	2	3	4
Ergue-se da sanita	1	2	3	4
Ajusta as roupas após a higiene íntima	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Transferir-se</i>	1	2	3	4
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	1	2	3	4
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<i>Virar-se</i>	1	2	3	4
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	1	2	3	4
<i>Usar a cadeira de rodas</i>	1	2	3	4
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	1	2	3	4
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	1	2	3	4
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4

ANEXO III: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE AUTOCUIDADO

Formulário: tipos de autocuidado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dados pessoais

- | | |
|--|---|
| <p>1. Contexto</p> <p>1. Hospital</p> <p>2. Centro de Saúde</p> <p>3. Lar</p> | <p>Técnicos e profissionais de nível intermédio</p> <p>Pessoal administrativo e similares</p> <p>Pessoal dos serviços e vendedores</p> <p>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas</p> |
| <p>2. Local de residência</p> <p>1. Área urbana (Vila, Cidade)</p> <p>2. Área rural (Aldeia)</p> | <p>Operários, artificies e trabalhadores similares</p> <p>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</p> |
| <p>3. Sexo</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Feminino</p> | <p>Trabalhadores não qualificados</p> <p>Doméstico</p> <p>Estudante</p> <p>Outra</p> |
| <p>4. Idade _____ anos</p> | |
| <p>5. Estado civil</p> <p>1. Casado(a) / em união de facto</p> <p>2. Solteiro(a)</p> <p>3. Viúvo(a)</p> <p>4. Divorciado(a)</p> | <p>Residência</p> <p>Casa</p> <p>Instituição</p> |
| <p>1. Formação _____ anos</p> | <p>Com quem vive</p> <p>Sozinho(a)</p> <p>Com cônjuge/ companheiro(a)</p> <p>Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)</p> <p>Com filhos (as)</p> <p>Com outros familiares</p> <p>Com amigos (as)</p> |
| <p>2. Actividade profissional</p> <p>Trabalhador activo</p> <p>Reformado</p> <p>Desempregado</p> <p>Membros das forças armadas</p> <p>Tabelas superiores da administração pública, dirigentes e Tabelas superiores de empresa</p> <p>Especialistas das profissões intelectuais e científicas</p> | |

Tipos de autocuidado

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não se aplica	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	1	2	3	4	5
Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	1	2	3	4	5
Tive uma vida de trabalho duro	1	2	3	4	5
Fui sempre o principal sustento da minha família	1	2	3	4	5
Decidi sempre tudo sobre a minha vida	1	2	3	4	5
Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)	1	2	3	4	5
Há acontecimentos tristes no meu passado recente	1	2	3	4	5
Ainda me sinto relativamente novo(a)	1	2	3	4	5
Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	1	2	3	4	5
Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	1	2	3	4	5
Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	1	2	3	4	5
A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	1	2	3	4	5
Eu quero ser responsável pela minha medicação	1	2	3	4	5
Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	1	2	3	4	5
A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	1	2	3	4	5
Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	1	2	3	4	5
Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	1	2	3	4	5
Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	1	2	3	4	5
Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	1	2	3	4	5
Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	1	2	3	4	5
Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	1	2	3	4	5
Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	1	2	3	4	5
Eu conheço bem o que me causa problemas	1	2	3	4	5
Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	1	2	3	4	5
Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	1	2	3	4	5
Aprecio a companhia de outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	1	2	3	4	5
Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	1	2	3	4	5
Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	1	2	3	4	5
Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	1	2	3	4	5
À medida que envelheço passo	1	2	3	4	5

inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					
Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	1	2	3	4	5
À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	1	2	3	4	5
Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	1	2	3	4	5
Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	1	2	3	4	5
Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	1	2	3	4	5
Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	1	2	3	4	5
É importante para mim não ser um fardo para ninguém	1	2	3	4	5
Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	1	2	3	4	5
Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades	1	2	3	4	5
Sinto que já não sirvo para nada	1	2	3	4	5
Tenho medo do futuro	1	2	3	4	5

**ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CHTS**

Comissão de Ética

A. Braga da Cunha (Dr.)
Presidente

A. Osvaldo Dias (Enf)
Carla Fraga (Dr.);
F. Freitas de Sousa (Dr.);
Raquel Aleixo (Dr.);
Maria João Correia (Dr.);
Paula Guimarães (Enf);
Pedro Cunha (Dr.);

Presidente do C.A.
José Luis Catarino
26/07/2010

Ex.mo Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

Assunto: Investigação "tipos de autocuidado dos idosos portugueses...."

Penafiel, 20/07/2010

Ex.mo Senhor,

A Comissão de Ética apreciou o projecto de investigação proposto pelo Doutor Filipe Soares Pereira, da ESE do Porto, para realizar neste CHTS por um grupo de enfermeiros cuja primeira autora é a En^{ra} Alice Brito, a ser desenvolvido no Serviço de Medicina.

O estudo pretende validar uma escala de "Autocuidado" através de um formulário que será utilizado pelos investigadores. Neste grupo serão incluídos os profissionais de enfermagem que colaborem na aplicação do mesmo.

Prevê a formalização de consentimento informado por parte das participantes e tratamento anónimo dos dados colhidos. Quanto a este documento recomendamos, formalmente, que deve incluir a identificação de quem presta a informação ao utente/participante e data em que foi obtido.

Consideramos que deve ser obtida a autorização da Direcção do Serviço em que se vai desenvolver.

Considerando que não fere princípios que possam prejudicar as utentes e se prevê benefício científico pela sua realização, a CES emite parecer ético favorável, à concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

C/A N.º 15 Em 20/07/2010

Tel. 255714000
Fax 255714004
Lugar do Tapadinho
4564-007 GUILHUFÉ -PENAFIEL

Dr. Braga da Cunha
Presidente da Comissão de Ética

SFAP-HPA-VS

ENTRADA 10.07.2010

SAÍDA

PARA

ENTRADA: 23/07/2010 - 335

Contacto:

Alice Brito

Escola Superior de Enfermagem do Porto

R. Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DIRECTOR CLÍNICO Q. ENF. DIRECTOR

ENTRADA 01/07/06-354

SAÍDA

PARA

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Entrada n.º 2034 em 01/07/10

Saida

Presidente CA

Director Clínico

Enf.º Director

Adjuntos

Dr. Vítor Macedo

Dr. Pinto Pais

Dr. Paulo Sérgio

Dr. Miguel G. Brito

Ex. Senhor

Presidente do Conselho de

Administração do CHTS - Hospital

Padre Américo

Assunto: Pedido de autorização para a realização da recolha de dados para estudo de investigação.

No âmbito de parceria de investigação, os docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Alice Brito, Natália Machado e Filipe Pereira e os enfermeiros do Departamento de Medicina do CHTS - Hospital P. Américo - Enfermeiros Chefes Elsa Pinto, Joaquim Moreira, Carla Neto e Luísa Nunes e os Enfermeiros Ana Alexandra Santos, Ângela Silva, Andrea Ramos, Joana Ribeiro, Lídia Rodrigues, Isabel Silva e Mónica Teixeira propõem-se desenvolver um estudo de investigação no domínio do autocuidado.

O projecto intitula-se "**Tipos de autocuidado dos idosos portugueses: tradução e validação do Self-care of Home Dwelling Elderly para português**" e tem como finalidade validar uma subescala do instrumento criado por Rasanen, Backman e Kyngas, SCHDE - Self-care of Home Dwelling Elderly, para uma amostra da população portuguesa e identificar os tipos de autocuidado que essas pessoas apresentam.

A recolha de dados será efectuada pelo grupo de investigadores acima mencionado através do preenchimento de um formulário, durante o internamento nos serviços que integram o Departamento de Medicina. Segue em anexo o projecto de investigação com todos os aspectos relevantes ao estudo.

Pede deferimento,

Porto, 30 de Junho de 2010

O Coordenador do estudo

(Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira)

Dr. Braga da Cunha
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS PARA UTILIZAÇÃO DA SCHDE

From: paivi.rasanen@pp5.inet.fi
To: duda_sequeira@hotmail.com
Subject: Permission to use the instrument
Date: Mon, 29 Mar 2010 11:28:56 +0300

Dear Eduarda,

I have discussed with my supervisor Professor Helvi Kyngäs about permission to use the SCHDE-instrument. She says that there is no need to ask any official permission when the instrument has once been published. However it is polite to inform the holders of copyright before using the instrument - and of course the references should be mentioned while using the instrument anywhere.

I have only the Finnish version of the instrument, but you can find an English version from the doctoral dissertation (in English) of Danica Zeleznik
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

About the process of developing the original Finnish version you can get more information from the article written by me and my colleagues

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118520705/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

About meeting in Portugal - it would be nice to visit Portugal (I haven't been there ever before). There is only little problem with the timing and financing of that kind of trip. Maybe I could make a holiday tour to Portugal in June or July and meet you besides?

Kind regards,

Päivi Räsänen

**ANEXO VI: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO**

Caro (a) Cidadão (ã)

Este projecto visa validar para português o instrumento "Self-careodHomeDwelingElderly" desenvolvido com o objectivo de avaliar o tipo de autocuidado.

A recolha de dados pressupõe o preenchimento de um formulário, para o qual solicito desde já a sua colaboração. A participação na investigação não resulta em nenhum benefício imediato ou prejuízo.

O formulário é constituído pela Parte A que corresponde à caracterização demográfica da amostra. A Parte B refere-se a uma subescala traduzida em português da versão original "Self-careodHomeDwelingElderly" de Rasanem, Backman, e Hentinen, (2007).

Comprometo-me a assegurar o anonimato e confidencialidade das respostas e asseguro-lhe que pode abandonar o estudo em qualquer altura se for essa a sua vontade.

Contando com a sua disponibilidade e colaboração dispensada, apresento desde já o meu agradecimento.

Declaro ter lido e compreendido as informações anteriormente referidas.

O (A) participante

O Investigador

ANEXO VII: PERFIS DE AUTOCUIDADO E QUESTÕES ASSOCIADAS

Responsável	Formalmente Guiado	Independente	De Abandono
13-Fui sempre o principal sustento da minha família	10-Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	14-Decidi sempre tudo sobre a minha vida	15- Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)
17-Ainda me sinto relativamente novo(a)	11-Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	18-Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	16- Há acontecimentos tristes no meu passado recente
19-Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	12-Tive uma vida de trabalho duro	20-Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde
22-Eu quero ser responsável pela minha medicação	27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	26-Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	34-Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias
23-Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	29-Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos
24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	31-Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	50-Sinto que já não sirvo para nada
25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	41-Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	32-Eu conheço bem o que me causa problemas	51-Tenho medo do futuro
35-Aprecio a companhia de outras pessoas	42-À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	33-Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	
36-Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	43-Na velhice, tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	40-À medida que envelheço, passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	
37-Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	44-Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	
38- Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida		47-É importante para mim não ser um fardo para ninguém	
39-Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim		48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	
49-Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades			

**ANEXO VIII: COMPARAÇÃO DO SCORE NO PERFIL DO AUTOCUIDADO
EM FUNÇÃO DA VARIÁVEL “SEXO”**

Média dos *scores* nos perfis de autocuidado em função do “sexo”

	Score no perfil responsável (Média)	Score no perfil formalmente guiado (Média)	Score no perfil independente (Média)	Score no perfil de abandono (Média)
Masculino	3,85	3,46	2,30	2,39
Feminino	3,54	3,67	2,05	2,85

Comparação dos *scores* nos perfis de autocuidado em função do “sexo”

(Resultados Teste U Mann Withney)

	Score no perfil responsável (Mean Rank)	Score no perfil formalmente guiado (Mean Rank)	Score no perfil Independente (Mean Rank)	Score no perfil de abandono (Mean Rank)
Masculino	86,56	76,44	86,67	72,80
Feminino	74,13	86,64	73,99	91,14
valor de <i>p</i>	0,091	0,133	0,080	0,012

**ANEXO IX: ANÁLISE FACTORIAL - ROTAÇÃO DE VARIMAX COM
NORMALIZAÇÃO KAISER**

Matriz de Correlações dos itens originais (10 a 51) com Factores extraídos - Rotação de Varimax
com normalização Kaiser

Itens	Factores Extraídos													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
10	-0,167	0,18	-0,04	0,156	0,134	-0,036	0,413	0,277	0,329	-0,163	0,250	-0,124	0,221	0,095
11	-0,196	-0,065	-0,128	0,039	0,752	0,008	0,158	-0,055	-0,033	0,017	0,117	0,037	0,060	-0,166
12	-0,091	0,00	-0,084	0,034	0,803	-0,045	0,065	0,032	-0,042	0,011	-0,038	0,088	-0,025	0,131
13	0,226	0,02	0,183	0,150	0,261	0,204	0,156	0,335	0,333	-0,146	0,055	0,355	-0,089	-0,207
14	-0,042	-0,042	0,113	0,177	0,066	0,027	-0,106	-0,036	0,141	0,103	-0,021	0,769	-0,122	0,022
15	0,094	-0,192	0,011	0,047	0,479	-0,126	-0,165	-0,098	0,035	-0,190	0,459	-0,275	-0,010	0,092
16	-0,124	-0,097	0,067	0,088	0,007	0,020	0,077	0,063	-0,006	0,097	0,780	0,047	-0,099	0,097
17	0,243	0,610	0,161	0,083	-0,097	-0,021	-0,185	-0,087	0,016	-0,074	-0,054	0,007	-0,091	-0,157
18	0,205	0,318	-0,075	-0,156	-0,057	0,059	-0,096	-0,154	0,047	-0,420	0,183	0,141	-0,476	0,014
19	0,296	0,538	0,306	-0,015	0,003	0,149	-0,061	-0,024	0,058	-0,080	-0,112	-0,102	-0,030	0,096
20	-0,008	0,699	0,065	0,001	0,091	0,078	0,039	-0,053	0,040	0,029	-0,114	-0,105	0,106	0,080
21	-0,058	-0,415	-0,277	0,051	0,190	0,057	0,050	0,153	-0,138	-0,279	0,456	-0,026	-0,030	0,004
22	0,519	0,202	0,388	0,059	-0,139	0,011	-0,105	-0,116	-0,048	-0,020	0,111	-0,038	0,137	-0,093
23	0,188	-0,026	-0,150	-0,375	0,115	0,282	0,030	0,180	-0,357	0,196	0,248	0,314	0,230	-0,055
24	0,468	0,209	0,098	0,172	-0,106	0,016	-0,053	-0,181	0,034	0,124	-0,015	0,163	0,397	0,068
25	0,844	0,136	0,143	0,042	-0,054	0,094	0,037	-0,055	0,056	0,010	-0,068	-0,015	-0,006	-0,015
26	0,092	0,039	0,769	-0,101	-0,105	-0,024	-0,118	0,021	-0,073	0,008	0,094	0,092	-0,095	-0,045
27	0,057	0,081	-0,057	-0,449	-0,084	-0,014	0,324	-0,277	0,037	-0,255	0,007	0,359	0,332	-0,031
28	-0,483	-0,070	-0,137	0,039	0,090	0,413	0,292	0,051	0,042	-0,028	0,050	-0,249	-0,039	-0,068
29	0,117	0,012	-0,023	0,792	0,131	0,104	0,006	-0,041	-0,130	-0,028	0,140	0,118	0,006	0,052
30	0,052	0,111	-0,035	0,820	-0,030	0,106	0,032	-0,119	-0,069	0,041	0,006	0,079	0,030	-0,046
31	0,051	0,059	-0,044	-0,060	0,030	0,006	-0,085	-0,053	0,111	-0,018	-0,062	-0,092	0,804	-0,050
32	0,820	0,148	0,115	0,041	-0,061	0,043	-0,088	0,010	0,109	0,193	-0,087	-0,060	-0,063	0,055
33	0,313	0,262	0,614	0,106	-0,021	0,055	-0,248	-0,062	0,053	0,084	-0,033	0,012	0,114	0,134
34	-0,070	0,148	-0,106	-0,002	-0,056	-0,054	0,220	0,388	0,002	0,102	-0,120	-0,003	-0,208	0,123
35	0,160	0,128	0,025	0,007	0,017	-0,044	0,023	-0,051	0,051	0,726	0,038	0,078	0,003	-0,147
36	0,123	-0,019	0,030	-0,072	-0,122	-0,190	-0,246	-0,017	0,617	0,255	0,011	0,240	0,065	-0,052
37	0,190	0,296	0,556	0,020	-0,017	-0,049	-0,126	-0,196	0,154	0,045	-0,113	0,141	-0,004	-0,333
38	0,276	0,530	0,036	0,088	-0,129	0,030	-0,258	-0,066	0,045	0,230	0,224	-0,058	0,009	-0,292
39	0,056	0,087	-0,012	-0,142	0,008	0,093	0,022	-0,074	0,704	-0,017	-0,043	0,022	0,077	-0,089
40	-0,146	-0,573	-0,043	-0,115	0,103	0,234	0,081	-0,035	-0,017	-0,328	0,074	-0,055	-0,028	0,030
41	-0,049	-0,278	-0,145	-0,256	0,025	-0,055	-0,103	0,625	-0,097	0,081	-0,051	-0,084	-0,141	0,039
42	-0,111	-0,021	-0,030	-0,021	-0,068	-0,089	0,068	0,779	-0,038	-0,100	0,119	0,035	0,045	-0,068
43	-0,048	-0,041	-0,183	-0,170	0,025	-0,614	-0,060	0,151	0,253	0,104	0,152	-0,075	0,005	-0,085
44	-0,014	-0,059	0,166	-0,018	0,271	-0,685	0,190	-0,063	-0,122	0,018	-0,102	0,073	0,120	-0,016

45	0,207	0,270	0,340	0,009	-0,146	0,207	-0,611	0,044	-0,003	-0,037	-0,028	0,074	0,099	0,202
46	-0,037	-0,178	-0,224	-0,003	0,103	-0,051	0,669	0,038	-0,131	0,076	0,018	-0,097	-0,071	0,124
47	0,344	0,019	-0,102	0,025	-0,087	0,036	-0,084	-0,160	0,034	-0,085	0,031	-0,061	-0,014	0,669
48	0,118	0,086	0,033	0,246	0,298	0,492	0,014	-0,014	0,189	0,274	-0,078	-0,079	0,050	0,112
49	0,149	0,297	0,237	-0,126	-0,158	0,203	0,241	-0,202	0,325	0,378	0,126	0,161	0,028	0,132
50	-0,331	0,205	-0,435	-0,054	0,143	-0,086	0,056	0,147	-0,143	-0,159	0,159	0,286	0,005	0,248
51	-0,234	-0,174	-0,027	0,013	0,114	0,028	0,121	0,077	-0,193	-0,085	0,134	0,083	-0,056	0,600

**ANEXO X: CORRELAÇÃO DOS *SCORES* NOS FACTORES EMERGENTES E
AS VARIÁVEIS “IDADE”, “FORMAÇÃO ESCOLAR” E “NÍVEL GLOBAL DE
DEPENDÊNCIA”**

Correlação		Idade	Formação escolar	Nível global de dependência
Factor 1 Lidar de forma responsável com problemas de saúde	Rho Spearman <i>p</i>	-0,306	0,423	0,441
		<0,001	<0,001	<0,001
Factor 2 Percepção da condição física	Rho Spearman <i>p</i>	-0,319	0,285	0,389
		<0,001	<0,001	<0,001
Factor 3 Lidar de forma autónoma com as actividades quotidianas	Rho Spearman <i>p</i>	-0,388	0,391	0,623
		<0,001	<0,001	<0,001
Factor 4 Lidar de forma independente com os problemas de saúde	Rho Spearman <i>p</i>	-0,047	-0,010	0,021
		0,551	0,899	0,802
Factor 5 Vida de sacrifício	Rho Spearman <i>p</i>	0,365	-0,391	-0,303
		<0,001	<0,001	<0,001
Factor 6 Passividade face ao cuidado	Rho Spearman <i>p</i>	0,071	-0,198	-0,191
		0,372	0,012	0,021
Factor 7 Perda da autonomia	Rho Spearman <i>p</i>	0,192	-0,284	-0,399
		0,015	<0,001	<0,001
Factor 8 Resignação face ao envelhecimento	Rho Spearman <i>p</i>	0,195	-0,180	-0,041
		0,013	0,022	0,625
Factor 9 Percepção de suporte familiar	Rho Spearman <i>p</i>	0,075	0,060	-0,058
		0,346	0,048	0,486
Factor 10 Relações interpessoais significativas	Rho Spearman <i>p</i>	-0,122	0,223	0,058
		0,124	0,004	0,484
Factor 11 Sentimento de amargura	Rho Spearman <i>p</i>	0,132	-0,324	-0,169
		0,094	<0,001	0,042
Factor 12 Capacidade de decisão e responsabilidade	Rho Spearman <i>p</i>	0,088	-0,028	-0,066
		0,270	0,725	0,432
Factor 13 Aceitação dos tratamentos	Rho Spearman <i>p</i>	0,000	0,038	0,020
		0,998	0,628	0,807
Factor 14 Medo de perda de autonomia	Rho Spearman <i>p</i>	-0,078	-0,014	-0,020
		0,323	0,856	0,814

Spearman's Rho Test

**ANEXO XI: COMPARAÇÃO DOS *SCORES* NOS FACTORES EMERGENTES
EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS “SEXO”, “ACTIVIDADE PROFISSIONAL” E
“ESTADO CIVIL”**

Média dos *scores* nos factores em função do “sexo”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
Média de score	Masculino	3,901	3,157	3,738	1,657	4,056	2,471	3,747	4,659	4,629	4,275	2,955	4,348	4,460	3,460
	Feminino	3,566	2,608	3,420	1,562	4,277	2,388	3,916	4,578	4,493	4,027	3,416	3,868	4,680	3,618

T-Test

Comparação dos *scores* nos factores em função do “sexo”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
MEAN RANK	Masculino	86,97	91,78	86,00	82,82	76,08	81,84	78,00	82,02	85,22	84,40	73,03	95,53	78,35	77,90
	Feminino	73,62	67,68	74,82	78,75	87,08	79,96	84,71	82,22	75,78	76,79	90,85	63,03	84,28	84,93
	<i>p</i>	0,068	0,001	0,129	0,423	0,087	0,791	0,342	0,726	0,138	0,267	0,015	<0,001	0,265	0,340

Mann-WhitneyTest

Média dos *scores* nos factores em função do “estado civil”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
Média de score	Casados/união de facto	3,965	3,021	3,752	1,558	3,921	2,436	3,691	4,598	4,578	4,220	2,928	4,181	4,519	3,524
	Viúvos	3,228	2,600	3,217	1,489	4,565	2,445	4,076	4,760	4,554	4,130	3,529	4,097	4,521	3,510

T-Test

Comparação dos *scores* nos factores em função do “estado civil”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
MEAN RANK	Casados/união de facto	83,14	80,00	81,38	74,57	67,98	73,41	69,61	71,59	75,69	75,70	68,30	76,48	75,71	74,65
	Viúvos	55,35	62,29	59,25	74,34	88,96	76,91	85,34	80,95	71,87	71,85	88,25	70,11	71,82	74,17
	<i>p</i>	<0,001	0,020	0,004	0,969	0,001	0,633	0,031	0,147	0,560	0,585	0,008	0,399	0,491	0,950

Mann-WhitneyTest

Média dos *scores* nos factores em função da “actividade profissional”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
Média de score	Trabalhador activo	4,369	3,409	4,345	1,619	3,190	2,023	3,428	4,492	4,404	4,381	2,730	3,702	4,285	3,809
	Reformado	3,658	2,819	3,470	1,559	4,328	2,496	3,858	4,641	4,585	4,138	3,213	4,218	3,582	3,466

T-Test

Comparação dos *scores* nos factores em função da “actividade profissional”

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
MEAN RANK	Trabalhador activo	97,50	99,76	109,26	78,64	45,67	63,64	61,95	63,73	67,67	85,57	63,74	53,26	69,50	91,14
	Reformado	74,94	74,59	73,10	77,90	83,07	80,25	80,51	80,23	79,62	76,81	80,24	81,88	79,33	75,94
	<i>p</i>	0,031	0,017	0,001	0,929	<0,001	0,102	0,065	0,066	0,188	0,372	0,114	0,006	0,202	0,143

Mann-WhitneyTest

